



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**



**SAÚDE DA POPULAÇÃO “TRANS”:**  
**UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA PRODUÇÃO TEÓRICA**  
**BRASILEIRA**

**UBERLÂNDIA – MG**

**2016**

**GUSTAVO ANTONIO RAIMONDI**

**SAÚDE DA POPULAÇÃO “TRANS”:**  
**UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA PRODUÇÃO TEÓRICA**  
**BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, para obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Miguel Tanús Jorge.

**Co-orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Flávia do Bonsucesso Teixeira

**UBERLÂNDIA - MG**

**2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

R153s  
2016 Raimondi, Gustavo Antonio, 1989  
Saúde da população “trans”: uma revisão sistemática da produção  
teórica brasileira / Gustavo Antonio Raimondi. - 2016.  
156 p.

Orientador: Miguel Tanús Jorge.  
Coorientadora: Flávia do Bonsucesso Teixeira.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.  
Inclui bibliografia.

1. Ciências Médicas - Teses. 2. Saúde - Teses. 3. Transexuais -  
Teses. 4. Travestis - Teses. I. Jorge, Miguel Tanús. II. Teixeira, Flávia do  
Bonsucesso. III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-  
Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

RAIMONDI, Gustavo Antonio.

Saúde da população “trans”: uma revisão sistemática da produção teórica brasileira

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Data: 02 de Fevereiro de 2016.

**MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA:**

1. Prof. Dr. Miguel Tanús Jorge (Universidade Federal de Uberlândia).
2. Profa. Dra. Mariluzza Terra Silveira (Universidade Federal de Goiás).
3. Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende (Universidade Federal de Uberlândia).
4. Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori (suplente) (Universidade Federal de Uberlândia).

Ao meu amor, que me inspira, me acolhe e me faz acreditar.

## AGRADECIMENTOS

Buscando reconhecer e declarar o meu estado de gratidão por cada uma das pessoas que fizeram parte desse trabalho eu digo meu muito obrigado.

Muito obrigado Flávia e Cris por me ensinarem a navegar em um mar inicialmente “desconhecido” mas cheio de desafios e conquistas. Os mapas de navegação que vocês me emprestaram foram fundamentais nessa jornada, pois com eles e junto ao carinho de vocês pude atracar em belos portos.

Muito obrigado Danilo por ser meu companheiro, meu amigo, que pude compartilhar alegrias, desafios e frustrações ao longo nessa jornada. Com sua presença pude acreditar em meu potencial e assim me lançar mundo afora em busca de meus sonhos e objetivos. Sua presença foi e sempre será singular na navegação de minha vida.

Muito obrigado Miguel por acreditar que o convite para essa navegação daria certo, mesmo diante de um mar ainda pouco explorado.

Muito obrigado minha família por ser o porto de partida e o porto de chegada dessa e de muitas viagens. Seu apoio e compreensão foram importantes para o meu crescimento e amadurecimento.

Muito obrigado aos meus amigos que me deram forças para acreditar em meus sonhos e a superar desafios. Agradeço em especial à Letícia que diante de sua certeza em querer navegar por esses mares, me deu forças para continuar nessa jornada.

Muito obrigado a todos os meus colegas do Ambulatório de Referência para a Atenção Integral à Travestis e Transexuais do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, do Programa “Em Cima do Salto” e do Departamento de Saúde Coletiva. Vocês foram importantes marinheiros nessa navegação. Vocês me auxiliam a manejar esse barco e a aprender a velejar.

Muito obrigado a todos os e as usuários e usuárias que me ensinaram o tão maravilha que é questionar a vida e a nossa existência. Romper com “verdades” ditas e reiteradas é um potente recurso para a liberdade. Obrigado por me ensinarem a ser livre.

Muito obrigado à Espiritualidade que de uma forma magistral me auxiliou a encontrar, aprender e velejar com essas pessoas maravilhosas!

**AS CONTRADIÇÕES DO CORPO**

Meu corpo não é meu corpo,  
é ilusão de outro ser.  
Sabe a arte de esconder-me  
e é de tal modo sagaz  
que a mim de mim ele oculta.  
Meu corpo, não meu agente,  
meu envelope selado,  
meu revólver de assustar,  
tornou-se meu carcereiro,  
me sabe mais que me sei.  
Meu corpo apaga a lembrança  
que eu tinha de minha mente.  
Inocula-me seu patos,  
me ataca, fere e condena  
por crimes não cometidos.  
O seu ardil mais diabólico  
está em fazer-me doente.  
Joga-me o peso dos males  
que ele tece a cada instante  
e me passa em revulsão.  
Meu corpo inventou a dor  
a fim de torná-la interna,  
integrante do meu Id,  
ofuscadora da luz  
que aí tentava espalhar-se.  
Outras vezes se diverte  
sem que eu saiba ou que deseje,  
e nesse prazer maligno,  
que suas células impregna,  
do meu mutismo escarnece.  
Meu corpo ordena que eu saia

em busca do que não quero,  
e me nega, ao se afirmar  
como senhor do meu Eu  
convertido em cão servil.  
Meu prazer mais refinado,  
não sou eu quem vai senti-lo.  
É ele, por mim, rapace,  
e dá mastigados restos  
à minha fome absoluta.  
Se tento dele afastar-me,  
por abstração ignorá-lo,  
volta a mim, com todo o peso  
de sua carne poluída,  
seu tédio, seu desconforto.  
Quero romper com meu corpo,  
quero enfrentá-lo, acusá-lo,  
por abolir minha essência,  
mas ele sequer me escuta  
e vai pelo rumo oposto.  
Já premido por seu pulso  
de inquebrantável rigor,  
não sou mais quem dantes era:  
com volúpia dirigida,  
saio a bailar com meu corpo.

Carlos Drummond de Andrade (Corpo, 1984)



## RESUMO

RAIMONDI, G. A. **Saúde da população “trans”**: uma revisão sistemática da produção teórica brasileira. 156 f. 2016. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

Essa dissertação analisou os trabalhos existentes sobre travestilidade e transexualidade cuja problemática de investigação centrou-se nas questões relacionadas à saúde e/ou serviços de saúde. Para tanto, foi realizada uma Revisão Bibliográfica Sistematizada Descritiva nas bases de dados virtuais: Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Scielo e PubMed, entre os anos de 1997 e 2014, no Brasil. Utilizaram-se os termos de busca “transexual”, “travesti” e “transgênero”, cada qual associado ao termo de busca “saúde”, tanto em português, quanto em inglês. Buscando complementar essa busca, utilizou-se da metodologia de Análise Documental para avaliar as produções de panfletos, documentos institucionais e de organizações não-governamentais (ONG’s), as quais foram incorporadas na discussão. Foram identificados 295 trabalhos, entre teses, dissertações e artigos científicos. Dentre esses, 223 foram excluídos e 72 selecionados para análise. Assim, obtiveram-se 5 teses e 21 dissertações que abordam o tema da travestilidade e, 7 teses e 9 dissertações que versam sobre a transexualidade. Dentre os artigos científicos selecionados, 16 versam sobre transexualidade e saúde, 5 abordam a questão da travestilidade e saúde e 9 trabalhos se referem aos termos “transgênero” e “saúde”. Apesar de se constituir um campo incipiente de pesquisas, observa-se um aparente descentramento do discurso, anteriormente ancorado nas questões cujas temáticas estão relacionadas ao enfrentamento, infecção ou adoecimento por HIV/aids (nível de atenção especializado) para discussões sobre a atenção em saúde no processo transexualizador (nível de atenção especializado). Ainda assim, poucos trabalhos discutem a atenção trans específica na atenção primária associada a um cuidado integral em saúde, com o empoderamento dos sujeitos, respeitando a potência de vida, os quais se configuram como temas importantes para as Políticas Públicas em Saúde na atualidade.

**PALAVRAS CHAVE:** Saúde. Transexual. Travesti. Transgênero.

### ABSTRACT

RAIMONDI, G. A. **"Trans" population health: a systematic review of the Brazilian theoretical production.** 156 f. 2016. Dissertation (Master) - School of Medicine, Federal University of Uberlândia, Uberlândia, 2016.

This dissertation analyzed the existing work on travestility and transsexuality whose problematic research focused on issues related to health and / or health services. For this purpose, a Literature Review Systematized Descriptive in virtual databases was performed: Bank of Higher Education Personnel Improvement Coordination Thesis (CAPES), Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD), Scielo and PubMed, between the years 1997 and 2014 in Brazil. We used the search terms "transsexual," "transvestite" and "transgender", each associated with the search term "health", in Portuguese and English. Complementing this search, we used the Documentary Analysis methodology to assess pamphlets productions, institutional documents and non-governmental organizations (NGOs), which were incorporated into the discussion. 295 papers were identified, among theses, dissertations and scientific articles. Of these, 223 were excluded and 72 selected for analysis. Thus, it obtained five theses and dissertations 21 on the topic of travestility and 7 theses and dissertations 9 that deal with transsexuality. Among the selected papers, 16 deal with transsexuality and health, 5 address the issue of travestility and health and work, 9 refer to the term "transgender" and "health". Even though it is an emerging field of research, there is an apparent deviation of the speech, previously anchored in questions whose topics are related to confrontation, infection or illness by HIV / AIDS (level of specialized care) for discussions on the health care for transsexuals in the process (level of specialized care). Still, few papers have specific trans attention in primary care associated with a comprehensive health care, with the empowerment of individuals, respecting the power of life, which are configured as important issues for the Public Policy on Health today.

**KEYWORDS:** Health. Transexual. Travestiste. Transgender.

## LISTA DE FIGURA

**FIGURA 01:** Representação esquemática da seleção de publicações (teses, dissertações e artigos) para a revisão sistemática descritiva. ....

## LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 01:** Distribuição dos trabalhos pesquisados no Banco de Teses Capes e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações por ano em que ocorreu a defesa. ....
- GRÁFICO 02:** Distribuição do número de artigos pesquisados na plataforma de busca Scielo e PubMed de acordo com o tema do trabalho. ....
- GRÁFICO 03:** Distribuição dos trabalhos pesquisados na plataforma de busca PubMed de acordo com o tema do artigo e a área de conhecimento do primeiro autor. ....
- GRÁFICO 04:** Distribuição dos trabalhos pesquisados na plataforma de busca Scielo e PubMed por ano. ....

## LISTA DE QUADROS

- QUADRO 01:** Distribuição dos trabalhos pesquisados no Banco de Teses Capes, por ano, tipo, tema e área do Programa de Pós-Graduação em que ocorreu a defesa. ....
- QUADRO 02:** Distribuição dos trabalhos pesquisados na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações por ano, tipo, tema e área do Programa de Pós-Graduação em que ocorreu a defesa, utilizando-se o termo “travesti”. ....
- QUADRO 03:** Distribuição dos trabalhos pesquisados na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações por ano, tipo, tema e área do Programa de Pós-Graduação em que ocorreu a defesa, utilizando-se o termo “transexual”. ....
- QUADRO 04:** Distribuição dos trabalhos pesquisados na plataforma de busca Scielo por ano, tema, revista, classificação QUALIS da revista (nas áreas Medicina I, Medicina II, Saúde Coletiva e Psicologia) e área do conhecimento do primeiro autor. ....
- QUADRO 05:** Distribuição dos trabalhos pesquisados na plataforma de busca PubMed por ano, tema, revista, classificação QUALIS da revista (nas áreas Medicina I, Medicina II, Saúde Coletiva e Psicologia) e área do conhecimento do primeiro autor. ....

## LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações .....
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde .....
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior .....
CDHM	Comissão de Direitos Humanos e Minorias .....
CFM	Conselho Federal de Medicina .....
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde .....
CLAM	Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos .....
CNCD	Conselho Nacional de Combate à Discriminação .....
CNS	Conferência Nacional de Saúde .....
CNT	Coletivo Nacional de Transexuais .....
CT GLTB	Comitê Técnico para Gays, Lésbicas, Travestis/Transexuais e Bissexuais .....
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde .....
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais .....
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis .....
ENTLAIDS	Encontro Nacional de Travestis e Transexuais na Luta contra a Aids .....
GLTB	Gays, Lésbicas, Travestis/Transexuais e Bissexuais .....
GLBTT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais .....
HBIGDA	The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association .....

HC/USP	Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo .....
HSH	Homens que Fazem Sexo com outros Homens .....
IBICT	Instituto Brasileiro de Informações em Ciência e Tecnologia .....
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais .....
MeSH	Medical Subject Headings .....
MS	Ministério da Saúde .....
NCBI	National Center for Biotechnology Information .....
OMS	Organização Mundial de Saúde .....
ONG's	Organizações Não-Governamentais .....
ONU	Organização das Nações Unidas .....
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde .....
PC	Processo Consulta .....
PL	Projeto de Lei .....
PROGID	Programa de Transtorno de Identidade de Gênero do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul .....
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa .....
SOC	Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People .....
STJDF	Supremo Tribunal de Justiça do Distrito Federal .....
SUS	Sistema Único de Saúde .....
UEL	Universidade Estadual de Londrina .....
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco .....
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro .....

UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids .....
UnB	Universidade de Brasília .....
WPATH	The World Professional Association for Transgender Health .....



## SUMÁRIO

Agradecimentos .....	5
As contradições do corpo .....	6
Resumo .....	8
Abstract .....	9
Lista de figuras .....	10
Lista de gráficos .....	11
Lista de quadros .....	12
Lista de abreviações e siglas .....	13
 <b>APRESENTAÇÃO</b> .....	 18
(Des)entendendo os corpos .....	21
A construção do gênero enquanto categoria de análise .....	23
A “trans” identidade de um “corpo não viável” .....	26
A assistência em saúde à população “trans” .....	29
Objetivos e percursos metodológicos .....	34
 <b>CAPÍTULO 1 - SAÚDE DA POPULAÇÃO “TRANS”:</b>	
UMA APROXIMAÇÃO COM A PRODUÇÃO TEÓRICA BRASILEIRA .....	36
1.1 – Do silêncio à voz .....	39
1.2 – Percursos metodológicos .....	45
1.3 – (Re)Conhecer um universo .....	47
1.4 – Discutindo a arte a partir de pontos de saber .....	59
1.5 – Um ponto final em uma arte em (re)construção .....	64

**CAPÍTULO 2 – DEMANDAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO “TRANS”:**

ENTRE OS DESAFIOS E AS LIMITAÇÕES PARA O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE .....	65
2.1 – Entre o inferno e o paraíso: dualidades das “vidas precárias” .....	68
2.2 – HIV/aids: uma diáspora para o reconhecimento? .....	92
2.3 – Acessando a acessibilidade .....	104
2.4 – Nome: da precariedade e gambiarra legal para uma possibilidade de cidadania .....	114
2.5 – “Transtornados” e “normais”: a inclusão excludente dos “corpos estranhos” .....	117
2.6 – Por fim: “Corpo se fabrica....eu não fabriquei um agora? .....	124
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>126</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>130</b>

# APRESENTAÇÃO

“Nós somos a mutação natural  
do que a natureza falhou  
em esculpir desde o início.”

Rafael Menezes

Esse controverso fragmento do poema de Rafael Menezes, declamado por Keila Simpson, na “II Conferência Nacional LGBT” (2011)<sup>1</sup>, ilustra as tensões relacionadas às travestis e transexuais, devido à dicotomia entre natureza e cultura, no processo de (re)fazer de seus corpos e vidas. Corpos/Vidas que lutam entre o (re)conhecimento de uma identidade ora representada na “mutação da natureza”, “falha da natureza”, “anormalidade”, ora refém de uma busca de “normalidade”.

Essa sessão, denominada, “apresentação”, pretende realizar uma problematização sobre esses corpos e sexualidades; sobre essas normas e dispositivos para, com isso, construir o arcabouço teórico para as discussões subsequentes. Compreendendo, inclusive, os percursos metodológicos para se pensar um cuidado integral em saúde à população de travestis e transexuais.

É um convite para cursar, andar, viajar, sentir, percorrer esse quase ensaio sobre as corporalidades “trans” e o saber-poder biomédico.

---

<sup>1</sup> Disponível em: < [https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=556466584366450&id=556223654390743](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=556466584366450&id=556223654390743) >. Acesso em: 04/11/2015.

### **(Des)entendendo os corpos**

Moore (1997), antropóloga britânica, afirma que ao se discutir sexualidade, relações entre os sexos e reprodução humana evoca-se a referência sociohistórica da natureza inerente ao corpo e aos processos corporais. Assim, existiria nos corpos uma natureza apriorística, que é anterior à sua construção social e ao seu reconhecimento social (LOYOLA, 1998; MOORE 1997). Dessa forma, a ideia do que é natural apresenta uma similaridade conceitual com a representação da ordem universal, trazendo, com isso, uma explicação essencialista (definitiva e irreduzível) da realidade corporal, a qual é pautada em sua dimensão biológica (CANESQUI & SEPARAVICH, 2010). Somado a isso, os saberes provenientes do século XIX, marcado pelo resgate conceitual de organicismo social de Comte e Durkheim, como elemento primordial para o progresso, em uma lógica de raciocínio positivista, demonstram a persistência da crença absoluta nas leis naturais definindo o inteligível em sociedade.

Essa perspectiva dos corpos foi inicialmente problematizada pelo antropólogo francês Mauss no seu ensaio intitulado “As técnicas corporais”, desenvolvido na década de cinquenta (MAUSS, 1974). Nessa publicação, o autor identifica o corpo como sendo o “primeiro e o mais natural objeto técnico”, se aproximando da concepção da naturalidade dos corpos, mas o autor busca alargar essa percepção a partir da caracterização das dimensões corporais, a saber: a biológica, a psicológica e a social (MAUSS, 1974).

Atendo-se à dimensão social, Mauss afirma que as culturas formam os corpos a partir do desenvolvimento de técnicas corporais, as quais são educadas e forjadas nas crianças por meio de uma “imitação prestigiosa”. Essa imitação ocorre tanto pelas crianças quanto pelos adultos quando (re)produzem atos bem sucedidos de determinados indivíduos, os quais tem a confiança e/ou autoridade sobre aqueles. Explicitando, com isso, que há uma perpetuação daquilo que se concebe como sendo o comportamento ideal de um sujeito tido como referência para um grupo (MAUSS, 1974). Acredita-se que o processo de reprodução dessas técnicas corporais ocorre, em sua maioria, de forma

irrefletida, de modo que o ensinamento social dessas técnicas se torna inconsciente (SHIMODA, 2013). Quando esse processo é produzido e reproduzido inúmeras vezes, tornando-se constante, há uma aparente naturalização da dimensão sócio-histórica dos corpos. Assim, passa-se a ver “não a obra humana, mas a da natureza”, reforçando a ideia do natural (MOORE, 1997; CANESQUI & SEPARAVICH, 2010).

Fazendo um diálogo com os tipos ideias de Weber (1974), os quais constituem representações simplificadas e generalizadas da realidade, buscando constituir um todo tangível, pode-se inferir que os corpos de homens e mulheres são considerados tangíveis a partir de sua aproximação daquilo que se concebe como ideal. Weber em seu livro “Ensaio de Sociologia” (1974), comenta que com os tipos ideais:

“(...) não desejamos forçar esquematicamente a vida histórica infinita e multifacetária, mas simplesmente criar conceitos úteis para finalidades especiais e para orientação.” (WEBER, 1974)

Assim sendo, o conceito weberiano de tipo ideal pode ser entendido como uma ferramenta de estudo da realidade por meio da comparação/confrontação entre o real e o não real. Com isso, poderia ser uma ferramenta de auxílio na descrição, interpretação e esclarecimento sobre o objeto/campo de estudo. No entanto, torna-se necessário observar que esse conceito, relacionado às questões dos corpos, pode ser utilizado para denominar aqueles que fazem parte de uma normalidade biológica, segregando, com isso, os demais pois a comparação daquilo que se considera real parte da premissa de que já existe, de que é aceito e reconhecimento socialmente.

Mead (1999), amplia essa discussão a partir de seus estudos, na década de 40, sobre as relações sociais das diferenças sexuais e o modo como essas

relações são construídas. Em sua obra “Sexo e temperamento” (1999), a autora problematiza o caráter social dos temperamentos, contrapondo as visões biologizantes e naturalistas, que destacam a existência de relação de causalidade e de consequência entre sexo e comportamento. A premissa de que um determinado temperamento é tido como natural ao sexo masculino ou feminino passa a ser questionado, constituindo um campo propício para os estudos feministas, da década de 60-70, acerca do termo gênero. Moore (1997), diante disso, afirma que:

“(...) as relações entre mulheres e homens e os significados simbólicos associados às categorias mulher e homem, são socialmente construídos e não podem ser considerados naturais, fixos ou predeterminados.”  
(MOORE, 1997) [tradução minha]

A partir desses primeiros estudos das ciências humanas, o objeto corpo passa a ser questionado para além de sua característica inerente ao componente biológico, do sexo natural ou pré discursivo, e, assim, de uma materialidade universal tangível. Permite-se, com isso, um (re)pensar para os demais componentes descritos por Mauss (1974), incorporando as iniciais discussões de temperamento/gênero, para que assim, o cuidado em saúde aos corpos pudesse descortinar os múltiplos significados simbólicos inerentes ao masculino e feminino.

### **A construção do gênero enquanto categoria de análise**

Partindo dos questionamentos de que o gênero seria a expressão social de um sexo da ordem do natural, consegue-se compreender que esse termo apresenta uma relação com às características constantes de uma espécie, indivíduo e/ou comportamento. Assim, pode-se agrupar em grupos semelhantes cada uma dessas categorias. Gênero, então, passa a ser um



dispositivo de agregação e segregação, permitindo a existência de relações de poder entre e dentro das categorias, devido a distinção dessas na forma de se constituírem (MARCELLO, 2004).

Foucault (1989) identifica que, historicamente, o corpo pode ser lido como um espaço de hierarquia e poder, sobre o qual a disciplina e suas engrenagens atuam no sentido de torná-lo dócil, situação essa que exaspera no capitalismo. Além disso, esse autor afirma que a ordem social é construída e mantida a partir de um discurso proferido por alguém que detém esse conhecimento, utilizando-o como um mecanismo de poder e, assim, constituindo-se como um saber-poder. Dessa forma, tanto o sexo, como o temperamento e o gênero, são construídos por um discurso que contém uma expressão de saber e, conseqüentemente, de poder. Esse discurso permite o controle sobre determinados corpos, constituindo o que Foucault (1989) denominou de biopoder. Sendo este capaz de estabelecer, por exemplo, o que é normal ou não. Problematicando essa questão, Foucault (1977), convida os leitores a pensarem que:

(...) o ponto importante será saber sob que formas, através de que canais, fluindo através de que discursos o poder consegue chegar às mais tênues e mais individuais das condutas. (FOUCAULT, 1977)

Butler (2003), em diálogo com a teoria de Foucault, enriquece essa discussão ao afirmar que não há diferenças sexuais em si e que por conta de uma matriz heteronormativa supõe-se uma coerência entre sexo, gênero, desejo e prática sexual. Nesse sentido, há na verdade uma expectativa que os sujeitos se relacionem afetiva e sexualmente com outras do “sexo” oposto, respondendo à demanda da coerência social a partir do binarismo natural de oposição homem/mulher (LOURO, 2013). Butler (2003) coloca que:

“(...) mesmo que sexos pareçam não problematicamente binários em sua morfologia e constituição (...), não há razão para supor que gêneros também devam permanecer em número de dois.” (BUTLER, 2003) [tradução minha]

Assim, a construção social do que pode ou não ser reconhecido como corpo, sexo ou mesmo quem pode ser considerado humano desvela uma íntima relação entre os poderes e saberes que se organizam, circulam e criam resistência dentro das normas de gênero. Essa dinâmica acaba por organizar nossas percepções de mundo e podem, inclusive, influenciar o desenvolvimento de políticas sobre quais corpos “importam” para a nossa cultura (BUTLER, 1993; LEITE JUNIOR, 2008; BUTLER, 2010; LEITE JUNIOR, 2011), e especificamente para o campo da saúde (TEIXEIRA, 2009).

Essa “materialização” das normas de gênero, formada pelos discursos dos vários campos de saberes, articula a organização e justiça social que ditam quais vidas merecem ou não continuar a existir, na medida em que colocam determinados indivíduos em situações de precariedade ou em posições periféricas aos demais sujeitos sociais. Isso, se deve ao fato de que o gênero é considerado um dispositivo de regulação que produz a materialidade, inteligibilidade e grau de importância do que entendemos como corpos/sujeitos/humanos. Com isso, esses conceitos e expectativas de gênero acabam definindo, inclusive, o que são ou não são corpos humanos, quais suas características e diferenças, quais e quantos são os sexos, como podem ou não ser reconhecidos e quais os corpos, sexos e pessoas não se enquadram nas normas, e por isso ficam em situações negligenciadas.

### **A “trans<sup>2</sup>” identidade de um “corpo não viável”**

Na área das Ciências da Saúde, Stoller, psicanalista norte-americano, em 1968, no seu livro “Sex and Gender”, introduziu a palavra gênero para abordar o aspecto de pertencimento que um indivíduo pode ter com relação ao campo do masculino ou feminino. Ou seja, o termo gênero estava intimamente relacionado ao sentimento de ser homem ou ser mulher que o indivíduo se auto apresentava, distanciando-se das características puramente anatômicas, as quais estavam relacionadas ao termo sexo. Butler, em seu livro “Gender Trouble - Feminism and the subversion of identity”, e Laqueur, em seu livro “Making sex – body and gender from the greeks to Freud” (1992), corroboram essa análise ao afirmarem que:

“(...) gênero é a estilização repetida do corpo, um conjunto de atos que sofrem mudança durante a vida do indivíduo (...), não estando relacionado a orientação sexual e tampouco a outros aspectos da sexualidade.” (BUTLER, 1990) [tradução minha]

“(...) era o gênero que constituía o sexo.” (LAQUEUR, 1992) [tradução minha]

Dessa maneira, a identidade que o indivíduo apresenta é o que constitui o seu gênero, independente do seu sexo biológico. No entanto, essa concepção, em meados do século XX, ainda se configurava como algo incipiente dentro do saber-poder biomédico que buscava e, ainda busca, organizar e sistematizar os novos padrões de corpos, de sexualidade e de relações de gênero dentro da ordem social, aproximando-os de um tipo ideal (LEITE JUNIOR, 2011). Há, com isso, uma sistemática exclusão de determinados corpos, sexos e seres humanos do cuidado em saúde. Isso

---

<sup>2</sup> Nomenclatura que tem circulado nos espaços de ativismo e academia para se referir a travestis e transexuais.

decorre da premissa cartesiana de que determinado sexo biológico (genitália), indica determinado gênero e esse, por sua vez, indica ou induz o desejo (LOURO, 2013). Ratifica-se, assim, a suposição de que o sexo é natural e entende-se o natural como “posto”, “pré-definido”. Configurando uma iniquidade<sup>3</sup> e injustiça social que reverbera na formação acadêmica, ao passo que (re)produz uma verdade reiterada nas (in)certezas do discurso médico de que somente os corpos heteronormativos são elegíveis para o estudo e prática em saúde (TEIXEIRA, 2009; 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2011, e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em 2013, compreendendo esse debate, corroboraram a necessidade de reflexões e de proposições de políticas de equidade<sup>4</sup> acerca das disparidades de acesso e utilização dos serviços de saúde por parte das pessoas homossexuais (tanto masculinos quanto femininos), bissexuais, travestis e transexuais, por considerar que esses indivíduos enfrentam obstáculos para obter acesso a uma apropriada atenção de saúde, uma vez que seus corpos, sexualidade e relações de gênero não se enquadram na norma “natural”.

A OPAS (2013) pondera que a comunidade de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) constitui um segmento social vulnerável e marginalizado devido ao estigma relacionado à orientação e identidade sexual, e à própria discriminação. Uma vez que, por escaparem dessa norma cartesiana, são considerados como “minorias” e, assim, fixados em sua posição marginal nas preocupações de currículos e políticas públicas que se pretendam para a maioria (LOURO, 2013).

Mas dentro desse universo dos corpos não binários, encontramos as pessoas “trans”, travestis e transexuais, que subvertem sistematicamente

---

<sup>3</sup> Compreende-se como iniquidade “todas as desigualdades que estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos de indivíduos em desvantagem com relação a oportunidade de ser e se manter sadio”. (BARATA, 2009).

<sup>4</sup> O desenvolvimento de políticas de equidade está relacionado com a distribuição de recursos, buscando reduzir ou eliminar as diferenças resultantes de fatores considerados evitáveis ou injustos, criando desse modo igual oportunidade e diminuindo as diferenças injustas (PAIM, 2006).

essas normas ao residirem no momento de não inteligibilidade, ou seja, no “ponto” a partir do qual não se consegue explicar ou pensar (LOURO, 2013). Paradoxalmente, esse local que eles e elas ocupam se torna necessário, ao permitirem o delineamento dos contornos daqueles que são “normais” e que se constituem como “sujeitos que importam”. Dessa forma, as pessoas “trans” põem em questão o próprio conhecimento ao questionarem, pela sua própria existência, o que é conhecido e as formas como chegamos a conhecer determinadas coisas e a não (re)conhecer ou a desconhecer outras.

Teixeira (2013), reitera essas observações ao afirmar que os sujeitos “trans”:

“(...) apontam o quanto as normas sociais constituem a nossa existência, conformam nossos desejos e não se ancoram na nossa individualidade”. (TEIXEIRA, 2013)

Além disso, a mesma autora relata que a existência humana para as pessoas “trans” se torna inviável, sem inteligibilidade social, uma vez que esses indivíduos ao transitarem entre o desejo e as normas sociais, buscam seu reconhecimento, questionando a arbitrariedade para definir aqueles que apresentam os “pré-requisitos” para serem reconhecidos como humanos (TEIXEIRA, 2009; 2013). Dessa forma:

“(...) ao mesmo tempo em que eles e elas questionam, reiteram e desorganizam a categoria naturalizada do humano, denunciam, implícita ou explicitamente, que as normas de gênero não estabelecem um consenso absoluto na vida social, desafiando as fronteiras entre a experiência individual e a necessidade de reconhecimento social” (TEIXEIRA, 2013).

Partindo dos elementos acima levantados, podemos entender que a experiência “trans” não materializa um “corpo viável” e, portanto, um “sujeito viável” (BENTO, 2003; MURTA, 2007; ARAN & MURTA, 2009; TEIXEIRA, 2009; 2013; MURTA, 2011; LOURO 2013). Dessa forma, segundo Elias & Scotson (2000), esses “corpos” e, conseqüentemente, esses sujeitos podem ser considerados “*outsiders*” dentro de uma sociedade em que somente os “estabelecidos” tem direito a uma existência reconhecida e legitimada.

### **A assistência em saúde à população “trans”**

A assistência em saúde às pessoas “trans” integra o conjunto de preocupações de algumas áreas específicas da medicina, a saber, psiquiatria e endocrinologia, desde a segunda metade do século XX com as pesquisas desenvolvidas por Benjamin (1953) no campo da endocrinologia e Stoller (1982) a partir da psicanálise<sup>5</sup>.

A “experiência ‘trans’” no sentido que é questionada oriunda-se de uma concepção da metade do século XX. É no ano de 1949, com Benjamin que a expressão “transexualismo” passou a ser utilizada para explicar o conflito de identidade de gênero, sendo diferenciado inclusive da homossexualidade, da travestilidade e de outros transtornos e, por isso, denominada “experiência ‘trans’” (BENTO, 2003).

Segundo Bento (2006; 2014), Stoller foi um grande defensor do dimorfismo:

---

<sup>5</sup> Em seu livro, “A experiência transexual”, escrito em 1975, e lançado no Brasil em 1982, Stoller procura explicar a transexualidade e outros indicadores de sexualidade anormal (como a homossexualidade, bissexualidade, travestilidade e intersexualidade), a partir do relacionamento da criança com a mãe e o conflito de Édipo, que neste caso é fator essencial para afirmação da heterossexualidade. Segundo o psicanalista, a transexualidade da criança nestes casos, está relacionada à forma como a mãe desempenha os papéis de gênero feminino; quanto mais a mãe estivesse afastada do comportamento feminino e se aproximasse mais dos padrões masculinos, maior seria a possibilidade do filho se tornar transexual. A vontade da mãe de ser homem seria transferida para o filho, em que a inveja do pênis se transformaria em inveja da vagina. Segundo Stoller, a inveja da mãe é tanta que promove a exclusão da figura paterna, impedindo que o complexo de Édipo se instaure e o pênis torna-se para o filho uma “coisa que não me deixa viver”.

“Para ele, as performances de gênero, a sexualidade e a subjetividade são níveis constitutivos da identidade do sujeito que se apresentam colocados uns aos outros. O masculino e o feminino só se encontram por intermédio da complementaridade da heterossexualidade. Quando há qualquer nível de deslocamento, o terapeuta intervém no sentido de restabelecer a ordem e a coerência. É esse mapa que fornecerá as bases essenciais para a construção do seu diagnóstico.” (BENTO, 2006; BENTO, 2014a)

Para Stoller (1982), trata-se de uma questão comportamental e de relação com o pai e a mãe em que, logo que fosse constatado algum sinal de anormalidade nas condutas sexuais das crianças, os pais deveriam buscar ajuda terapêutica para resgate da masculinidade ou feminilidade da criança. Em sua opinião, a existência de “trans verdadeiros” seria rara e a cirurgia considerada como último recurso.

No campo da biologia, Benjamin se dedicou à construção de outra explicação para a causalidade da transexualidade e seu tratamento. Para o endocrinologista, o sexo é composto de vários sexos, dentre eles o cromossomático ou genético, o psicológico e o jurídico. Para ele a transexualidade se determinava através de alterações cromossômicas, ou seja, alterações genéticas. Considerando a existência de vários sexos, Benjamin estabeleceu que o fenômeno transexual estaria mais ligado ao sexo psicológico, que foi considerado por ele como o mais flexível, e justamente este seria o definidor nos casos de transexualidade, mesmo que esteja em oposição aos demais sexos e que, em se tratando de hermafroditismo psíquico, poderia ser autorizada a cirurgia de transgenitalização. Inicialmente contrário, posteriormente o endocrinologista seria a favor das cirurgias de transgenitalização, ao defender a realização das cirurgias, Benjamin estaria defendendo a reorganização do sistema sexo-gênero, pois segundo o mesmo, seria mais fácil ajustar o corpo aos comandos da mente do que o contrário,

quando se tratasse do “verdadeiro transexual”. Ele acreditava que esse arranjo seria provisório, até o desenvolvimento das ciências biomédicas que poderiam atuar diretamente na causalidade do fenômeno (BENTO, 2006).

Benjamin criticava os métodos psicanalíticos de terapia como tratamento para a transexualidade. Ao contrário de esperar que o terapeuta induzisse a pessoa a uma espécie de reconstituição do gênero, ou que dispusesse da palavra final quanto ao diagnóstico da transexualidade - como acontece até hoje nos tratamentos das pessoas transexuais; o endocrinologista acreditava no autodiagnóstico e que a única terapia para os considerados “transexuais verdadeiros” seria a cirurgia. Concluindo, para os benjaminianos a transexualidade tratava-se de uma enfermidade autodiagnosticada mas que deveria ser reconhecida por um profissional experiente.

A influência de Benjamin no cenário internacional pode ser avaliada pelo impacto estabelecido pela HBIGDA<sup>6</sup> (The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association) que formulou as linhas de cuidado para essa população que influenciaram os protocolos clínicos em todo o mundo (BENTO, 2003). Em 2012, a WPATH lançou a sétima versão do “Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People” (SOC) e nesta versão, pode ser percebido que é a linha de cuidados, organizada pela WPATH, que estabelece as diretrizes internacionais para a atenção em saúde no campo da transexualidade. Esse documento apresenta modificações significativas em relação aos padrões de cuidados para as pessoas transexuais, transgêneros e em não conformidade de gênero, entre elas, a definição de transexualidade independente do desejo pela cirurgia:

**"Transsexual:** Adjetivo (muitas vezes aplicada pela profissão médica) para descrever os indivíduos que procuram mudar ou que mudaram suas características

---

<sup>6</sup> O primeiro congresso da Associação Harry Benjamin aconteceu em 1969. Seu principal líder expoente foi o próprio Harry Benjamin. Parte das subvenções para as pesquisas provinham da Erickson Educational Foundation. Em 1977, no seu quinto congresso, a associação passou a chamar-se “Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA). A mudança de nome da instituição ocorreu em 2007, sendo denominada The World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Para o acompanhamento de seus documentos e de sua história, consultar: <http://www.wpath.org>.



sexuais primárias e/ou secundárias, através de intervenções médicas feminizadas ou masculinizante (hormônios e/ou cirurgia), tipicamente acompanhada por uma permanente mudança no papel de gênero”. (WPATH, 2012) [tradução minha]

Dessa forma, as instituições médicas buscaram desenvolver inúmeros dispositivos para adequar o desejo aos “corpos naturais”. Com isso, os médicos assumiram como sua tarefa a construção de um significado e de um diagnóstico para tal experiência, a fim de caracterizar o(a) “verdadeiro(a)” transexual (TEIXEIRA, 2009; 2013).

Buscando trazer uma resposta para essa demanda do setor médico, foi criada a categoria nosológica “transexualismo” na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), na sua versão mais recente, a CID-10 (1997), produzida pela OMS. Nesse documento, que orienta as avaliações médicas oficiais, o termo “transexualismo” está inserido dentro do grupo que se destina aos diversos tipos de transtorno de personalidade e de comportamento de adultos, reafirmando que o local de possível tangibilidade dos e das pessoas transexuais ocorre pelo (re)conhecimento de um “transtorno”<sup>7</sup>.

No Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), utilizado pela Associação Americana de Psiquiatria, o tema da transexualidade é identificado na sua quarta edição, de 1995, na sessão dos Transtornos de Identidades de Gênero, no qual há uma série de critérios que, quando

---

<sup>7</sup> Ressalto que este tema, do diagnóstico médico, está em revisão pelas organizações internacionais responsáveis pela codificação de “doenças” em códigos. Sendo que, nova nomenclatura e inserção estão sendo discutidas. Por isso, a ONU, na pré edição da nova versão do CID, a CID-11 (Disponível em: < <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en> >), reposiciona o então Transtorno de Identidade de Gênero/Disforia de Gênero, vinculado anteriormente aos transtornos mentais, em um código no Capítulo 6, dentro das “Condições Relacionadas a Saúde Sexual”. Esse avanço pode, de fato, representar um grande passo na garantia do direito humano a auto identidade, mas, como aponta a Rede Internacional pela Despatologização Trans (Disponível em: < [http://www.stp2012.info/old/pt/noticias#informacao\\_processo\\_revisao\\_CID](http://www.stp2012.info/old/pt/noticias#informacao_processo_revisao_CID)>), o CID-11 só será votado pela Assembleia Mundial da Saúde no ano de 2017 (data prevista), o que significa que essa que ainda está em disputa.

presentes em um indivíduo, o colocam na posição de transexual (APA, 1995). Reiterando o local de “não natural” em que os corpos e indivíduos “transexuais” estão (re)conhecidos. Torna-se relevante ressaltar, que desde a década de 80, esse manual, em sua terceira edição, versava sobre a transexualidade a partir da categoria “transexualismo”, imprimindo nesses sujeitos o caráter patológico, mesmo diante do movimento gay que conseguiu retirar desse mesmo manual, nesse período, o termo “homossexualismo”, a partir do questionamento de que o sufixo “ismo” está relacionado a uma doença (ARÁN & MURTA, 2009).

Importante observar, também, que o gênero surge na história a partir da subversão de determinados indivíduos frente à uma norma de conduta social pré-estabelecida e culturalmente aceita. Esse aparecimento é visto como contrário ao que se convencionou estabelecer como normal ou adequado e por isso passa a ser considerado um transtorno de identidade de gênero, localizando o problema no gênero, o qual é redirecionado para o sofrimento desses indivíduos no DSM-V (APA, 2013), sofrimento esse causado pelo encontro com a sociedade heteronormativa. Mesmo diante dessa (re)formulação conceitual, com o deslocamento aparente do núcleo central do diagnóstico médico do gênero para o sofrimento, essa manutenção de um diagnóstico ainda é fervorosamente criticada pelos defensores da despatologização (BENTO & PELÚCIO, 2012).

Desta forma, refletir sobre o corpo, não apenas como fato natural, e sua correlação com as práticas de saúde a partir da premissa dos corpos que (não)importam na(para a) prática médica é fundamental para se (re)pensar a formação acadêmica e, conseqüentemente, a construção do conhecimento que considera a individualidade do ser e a integralidade do cuidado em saúde. Além disso, considera-se pertinente um estudo, produzido numa Universidade Federal - que possui o ambulatório de referência mais antigo (TEIXEIRA et al., 2011), com acúmulo na área - que visa à elaboração de protocolos clínicos para o Processo Transexualizador, contribuindo com a promoção, tratamento e reabilitação da saúde das pessoas transexuais.

### **Objetivos e percursos metodológicos**

Diante do cenário exposto, era intrigante compreender como as produções nacionais tratavam essa problemática e como essas questões foram sendo discutidas ao longo da história brasileira, para que assim pudesse entender o estado de arte que me envolvia. Essa inquietação era sustentada pelo questionamento prático que se fazia sobre a (im)possibilidade de real cuidado integral em saúde à população LGBT, definido a partir do Processo Transexualizador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a) e da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Por isso, buscou-se compreender as produções científicas sobre a travestilidade e a transexualidade no cenário nacional, bem como a sua interface prática e teórica com o setor saúde. Para assim, identificar quais os temas eram tratados em relação à saúde, travestis, transexuais e transgênero; analisar e problematizar a ótica científica nacional sobre esses temas; questionar, arguir, discutir essas lentes científicas relacionados à população “trans”; analisar os principais entraves e potencialidades identificados para o cuidado integral em saúde a essa população.

Para tanto, utilizou-se da Revisão Bibliográfica Sistematizada Descritiva para o entendimento aprofundado dessa temática na produção científica nacional, uma vez que essa metodologia permite o mapeamento da produção científica, assim como, sua problematização. Dessa forma, essa modalidade de estudo permite a identificação das temáticas recorrentes, com o apontamento de novas perspectivas e lacunas de conhecimento, consolidando, por sua vez, um estado de conhecimento/estado da arte (VOSGERAU, 2014). Além disso, utilizou-se da metodologia de Análise Documental (MINAYO, 2014) para avaliar as produções de panfletos, documentos institucionais e de organizações não-governamentais (ONGs).

Após esse levantamento bibliográfico, foi realizada uma consolidação dos resultados encontrados, a partir de uma categorização das principais temáticas que se referiam às travestis e transexuais, por meio da recorrência das questões de maior preocupação dos(as) autores(as) (MINAYO, 2014). Com isso, em um segundo momento, esses temas, que expressão o olhar, as

lentes, os focos, as curiosidades, e até mesmos as verdades dos pesquisadores foram analisadas para que assim fosse possível compreender entraves e potencialidades para o cuidado integral em saúde à população “trans”.

# **CAPÍTULO I**

## **SAÚDE DA POPULAÇÃO “TRANS”: UMA APROXIMAÇÃO COM A PRODUÇÃO TEÓRICA BRASILEIRA**

“Para alguns não é novidade.  
Para outros também não é exatamente novo,  
embora ainda não seja totalmente compreendido.  
Para muitos, porém, é apenas uma remota referência,  
quando não um total desconhecimento.”

(Ayres et al., 1999)

Essa citação de Ayres et al. (1999) abre esse capítulo ao permitir a reflexão sobre aquilo que se pode considerar como novo, ainda mal compreendido ou totalmente desconhecido. Sua referência está relacionada ao conceito de vulnerabilidade, o qual apresenta íntima relação com as discussões com o campo da “transdiversidade”<sup>8</sup>.

Segundo esses autores, a incorporação do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde, inicialmente no enfrentamento do HIV/aids, sofreu uma drástica mudança ao longo dos últimos anos, visto que inicialmente incorporava as concepções juristas desse termo, corroborando para a criação e manutenção daquilo que se denominou como “grupos/populações de risco” (AYRES et al., 1999).

A partir de então, vários questionamentos foram produzidos, principalmente, pelo campo da saúde coletiva, permitindo a ampliação desse conceito para as concepções de vulnerabilidade individual, social e programática ou institucional (AYRES et al., 2003).

Diante dessa breve exposição sobre a citação acima, convido o(a) leitor(a) para caminhar, neste capítulo, pelos meandros do conhecimento brasileiro acerca do tema da transexualidade e travestilidade relacionada à saúde, para que assim possamos (re)pensar essa realidade que estamos inseridos.

Percorreremos as trilhas da revisão bibliográfica sistematizada descritiva, para que possamos compreender o estado da arte dessa temática, permitindo o confirmar ou refutar do argumento de que a temática das transdiversidades se consolidou na última década, em relação ao campo da saúde.

---

<sup>8</sup> O termo “transdiversidade” é aqui compreendido como a diversidade de expressões das identidades “trans”, englobando tanto as travestis quanto as transexuais.

### 1.1 – Do silêncio à voz<sup>9</sup>

No Brasil, a necessidade de enfrentamento da epidemia do HIV/aids e o fortalecimento do ativismo dos movimentos populares associados à população LGBT, na década de 80, colaborou para a vocalização de grupos até então silenciados pela heteronormatividade (CARVALHO, 2012; TEIXEIRA, 2009; 2013). Essa visibilidade, ainda que posicionada a partir das margens ou na periferia dos processos de assistência e cuidado em saúde, permitiu o reconhecimento de algumas demandas desses segmentos. Dessa forma, questões como a prevenção e o tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)/aids, modificações corporais (uso de silicone industrial) e proteção social (violência) surgem como temas a serem discutidos no campo da transexualidade e da travestilidade (TEIXEIRA, 2009; 2013).

Essas discussões no campo da saúde, foram viabilizadas, inclusive, pela compreensão do conceito ampliado de saúde, no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 1986), que afirma que:

“(...) a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.” (BRASIL, 1986)

Somado a isso, desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2003, o tema dos direitos LGBT vinha sendo pautado no Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de elaboração de políticas de equidade para essa população, objetivando reduzir as desigualdades e promover a saúde (BRASIL, 2004). Um primeiro passo para isso foi realizado com a

---

<sup>9</sup> Referência à música “O silêncio” de Arnaldo Antunes, que afirma que antes de existir a voz, existia o silêncio. Nessa prerrogativa, essa sessão do capítulo 1 pretende “dar voz” a um campo do conhecimento que muitas vezes é silenciado.



instituição do “Brasil sem Homofobia”, em 2004, com o objetivo de combate à violência e à discriminação contra essa população e de promoção da cidadania homossexual (BRASIL, 2011). Em 2007, na 13ª CNS, a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise da determinação social da saúde, tendo como recomendações dessa conferência:

- “o desenvolvimento de ações intersetoriais de educação em direitos humanos e respeito à diversidade;
- a sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBT, com inclusão do tema da livre expressão sexual na política de educação permanente no SUS;
- a inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários de prontuários e sistemas de informação em saúde;
- a ampliação da participação dos movimentos sociais LGBT nos conselhos de saúde;
- o incentivo à produção de pesquisas científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos;
- a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e o respeito ao direito à intimidade e à individualidade; o estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis;
- a manutenção do fortalecimento de ações da prevenção das DST/Aids, com especial foco a população LGBT;
- o aprimoramento do processo Transexualizador; e a implementação do protocolo de atenção contra a

violência, considerando a identidade de gênero e a orientação sexual.” (BRASIL, 2008; BRASIL, 2013)

No entanto, em 2011, no Relatório da 14ª CNS, o que se observa é um não pronunciamento sobre a transexualidade e a travestilidade, como havia ocorrido anteriormente. Essas temáticas ficam, nesse documento e no documento orientador da 15ª CNS<sup>10</sup>, subentendidas nos termos “LGBT” e “gênero” evidenciando a falta de especificidade a essa população, em contraponto à intensificação dos movimentos acadêmicos e populares voltados à saúde integral da população “trans”.

Fora do marco do enfrentamento da epidemia do HIV/aids, as Resoluções nº. 1428/97 e 1652/02 do Conselho Federal de Medicina (CFM) autorizaram a realização, como procedimento experimental, de cirurgias do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários para tratamento do “transexualismo” (CFM, 1997; CFM, 2002). A primeira resolução pode ser considerada a referência para o surgimento de programas oficiais visando à realização da cirurgia de transgenitalização e, portanto, a primeira possibilidade oficial de cuidado em saúde para transexuais. A Resolução estabeleceu, ainda, os critérios para as intervenções cirúrgicas que, até então, seriam consideradas como delito e o autor (médico) sujeito a processo (TEIXEIRA, 2009; 2013). Entretanto, esse procedimento ainda mantinha o seu caráter experimental, segundo o CFM, sendo que, somente em 2002, o CFM autorizou a realização dos procedimentos cirúrgicos nas mulheres “trans”, retirando esse caráter experimental. Já para os homens “trans”, essa mudança somente ocorreu no ano de 2010 (CFM, 2010b). Por outro lado, as travestis somente são mencionadas em 2011, através da Política de Atenção Integral à saúde de LGBT, passando a integrar os cuidados em saúde do Processo

---

<sup>10</sup> Como a 15ª CNS ocorreu em novembro de 2015, ainda não foi disponibilizado o relatório final da mesma. Por isso, utilizou-se o documento orientador da referida conferência uma vez que o mesmo espelha o relatório final. Disponível em: < [http://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/docs/05mai15\\_Documento\\_Orientador\\_15CNS.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf) >. Acesso em 22 de junho de 2015.

Transexualizador do SUS pela publicação da Portaria nº. 2.803 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Mesmo diante desses movimentos acerca da “permissão” do cuidado em saúde à população “trans”, tão-somente em 2015, o CFM expõe-se favorável à realização de alterações fenotípicas sem a necessidade prévia da cirurgia de transgenitalização (CFM, 2015).

A partir de 2003, dissertações e teses nos campos da medicina, psicologia, serviço social e saúde coletiva surgiram, visando analisar as experiências desses grupos.

A tese de doutoramento de Bento, em 2003, constituiu-se em um marco, não somente por ter iniciado a discussão sobre o caráter arbitrário dos mecanismos para o diagnóstico de “transexualismo” como também de sua exigência como condicionante para o acesso aos cuidados em saúde para as pessoas transexuais (BENTO, 2003). Depois publicada em formato de livro (BENTO, 2006; BENTO, 2014a), os questionamentos da pesquisadora permanecem produzindo efeito nos trabalhos que tematizam a autonomia das pessoas, a integralidade do cuidado e a despatologização das identidades “trans”.

A dissertação de mestrado de Pinto, em 2003, demonstra a busca da coerência entre sexo e gênero no Programa de Transexualidade de São José do Rio Preto (PINTO, 2003). Sua tese de doutorado, em 2008, traz para a cena do debate as experiências das mulheres (transexuais) após a realização da cirurgia (PINTO, 2008).

A tese de doutoramento de Saadeh (2004), tem como referência o Projeto de Sexualidade do Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo (HC/USP) e baseia-se nos princípios estabelecidos pelo discurso médico oficial, ou seja, no princípio do diagnóstico de “transexualismo” pelo psiquiatra (SAADEH, 2004). No mesmo ano, a dissertação de mestrado de Bruno analisa o Projeto de Transgenitalização do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (BRUNO, 2004).

Silveira, em 2006, assistente social do Programa de Transtorno de Identidade de Gênero do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PROGID), acompanhou as pessoas inscritas nesse programa, para sua tese, problematizando a construção da identidade a partir do referencial teórico do materialismo histórico (SILVEIRA, 2006). Neste mesmo período, Lionço realizou seu doutorado tendo como um dos espaços o serviço ambulatorial de acompanhamento terapêutico a transexuais do Hospital de Clínicas da Universidade de Brasília - UnB (LIONÇO, 2006).

A dissertação de mestrado de Elias, em 2007, acompanha, a partir da psicanálise, sete casos de mulheres (transexuais) atendidas no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina - UEL (ELIAS, 2007). Nesse ano, Murta analisou o atendimento às pessoas transexuais no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ, em sua dissertação (MURTA, 2007).

Mesmo diante dessas problematizações, a possibilidade de assistência em saúde das pessoas transexuais no Brasil deu-se de forma tardia (TEIXEIRA, 2009). Somente em 2008 o MS incluiu no âmbito do SUS o que convencionou-se chamar “Processo Transexualizador no SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b), a partir da Portaria nº 1.708/08, o qual teve pela Portaria nº 457/08 a definição das Diretrizes Nacionais e Regulamentação desse processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c). Em 2013, ambas as portarias foram revogadas pela Portaria nº 2.803/13 que buscou redefinir e ampliar o Processo Transexualizador no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

A partir disso, as análises sobre a relação entre demanda de saúde e autonomia dos sujeitos, com os questionamentos das normas, reverberaram em trabalhos como a tese de doutorado de Teixeira, em 2009. Essa pesquisadora analisou o impacto dos discursos médico-jurídicos na experiência das pessoas transexuais partindo de ações no Ministério Público do Distrito Federal que se entrelaçaram, entre outros espaços, com o Hospital de Clínicas da UnB. (TEIXEIRA, 2009).

Lima, em 2010, construiu o campo empírico de sua tese de doutorado no serviço do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) que, embora não credenciado no momento de sua pesquisa, reiterava os enunciados e práticas que consolidaram a transexualidade enquanto um transtorno de identidade de gênero e/ou disforia de gênero (LIMA, 2010).

Em 2011, Murta, em sua tese de doutoramento, apresentou uma avaliação dos serviços credenciados pela Portaria que instituiu o Processo Transexualizador no SUS, destacando a informalidade dos serviços na instituição, muitas vezes articulados somente aos projetos de pesquisa e/ou extensão e as equipes sendo formadas por trabalhadores voluntários ou com vínculos precários (MURTA, 2011).

Em 2014, o “Processo Transexualizador” foi novamente tematizado por Tenenblat, analisando um programa do Hospital Universitário, identificou componentes de fragilidade da implementação no “Processo Transexualizador” no Hospital Universitário do Rio de Janeiro (TENENBLAT, 2014).

Por último, a tese do doutoramento de Borba, em 2014, que analisou os mecanismos de funcionamento do dispositivo da transexualidade acionados pela equipe e usuários nas consultas no Hospital Universitário credenciado do Rio de Janeiro (BORBA, 2014).

Enfim, é inegável que a atenção em saúde para as pessoas “trans” passou a integrar a agenda sobre acesso/integralidade e cuidado no Brasil, sendo estas problemáticas reiteradas pela Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT<sup>11</sup>.

Dessa forma, essa pesquisa buscou compreender a inserção desta temática na produção nacional, para além dos trabalhos que guardam relação com o atendimento em média e alta densidade tecnológica, como os apresentados acima.

---

<sup>11</sup> Esse documento pode ser considerado como um documento norteador e legitimador das necessidades e especificidades dessa população, em conformidade com os princípios de equidade e integralidade previstos na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e na Carta dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

## 1.2 – Percursos metodológicos

O desenho metodológico, foi dividido em 3 (três) fases: identificação, seleção e inclusão/interpretação, tendo como elemento norteador a seguinte questão:

Como as questões de saúde para a população trans têm sido abordadas na produção técnica-científica do Brasil a partir de 1997?

Em razão da recente inserção da temática no campo da saúde, realizou-se a pesquisa no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) disponíveis no Instituto Brasileiro de Informações em Ciência e Tecnologia (IBICT), por acreditar-se que parte significativa da produção teórica estaria vinculada aos Programas de Pós-Graduação. Estabelecemos inicialmente como recorte temporal o ano de 1997, reconhecendo o marco da publicação da Resolução CFM nº. 1.482/97 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997) para atenção às pessoas transexuais e, ainda, o fato de que todas as ações foram definidas como experimentais, o que implicaria que sua realização seria restrita aos hospitais universitários (TEIXEIRA, 2009; 2013).

Para ampliar a análise, as produções na modalidade artigo foram incluídas, tendo sido empregados como termos de busca as palavras: “Saúde AND Transexual”, “Saúde AND Travesti” e “Saúde AND Transgênero”. A escolha dos descritores de busca acima foi realizada previamente a partir de consulta à sessão Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Regional de Medicina da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/BIREME) e a sessão “Medical Subject Headings” (MeSH) da base virtual PubMed do “National Center for Biotechnology Information” (NCBI).

A partir dos conceitos dos respectivos descritores buscou-se por linguagem livre não controlada, quando a procura por descritores não oferecia resultados satisfatórios. Foram utilizadas as bases de dados virtuais Scielo e PubMed. O período de pesquisa segue o definido para teses e dissertações, de 1997 até 2014, incluindo os idiomas Português e Inglês, apenas nas produções científicas brasileiras.

Em seguida, foi realizada uma avaliação sumária dos trabalhos, os quais foram selecionados a partir dos critérios de inclusão: o recorte temporal; a referência ao Brasil e à população de travestis e transexuais; a relação com a questão de saúde e serviços de saúde; e o fato de serem artigos, teses e/ou dissertações. Foram desconsiderados, por meio dos critérios de exclusão, os artigos repetidos; que se referissem a outro País e a outro segmento integrante da população LGBT, ainda que fizessem breve menção às travestis ou transexuais, sem tratar especificamente das questões destas ou que fossem manuais e/ou documentos de Política Pública. Para evitar o viés do avaliador, tanto a pesquisa nas bases de dados, como a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão e a seleção dos artigos, teses e dissertações foram realizadas por dois pesquisadores, de maneira independente. No caso de desacordo sobre a inclusão de algum dos artigos, teses ou dissertações um terceiro pesquisador foi consultado.

Após a inclusão dos trabalhos identificados, foi realizada uma codificação desses para facilitar a análise. Para os resultados selecionados no Banco de Teses Capes, foi atribuído o código CT acrescido de um número ordinal, estabelecido pela ordem alfabética da referência bibliográfica dos trabalhos. Esse mesmo procedimento foi realizado para os resultados na BDTD e nas bases de busca de artigos científicos Scielo e PubMed, utilizando-se os códigos IT, SA e PA, respectivamente. Os códigos atribuídos estão discriminados na referência bibliográfica.

Além disso, fez-se uma análise do tema central (MINAYO, 2014) de cada trabalho selecionado e da área do programa de pós-graduação, para as Teses e Dissertações, e da área do conhecimento do primeiro autor do artigo,

buscando compreender a circulação da temática no campo e seu contexto de produção (PETROIANU, 2002). No caso das Teses e Dissertações, foi considerado, ainda, quais delas foram publicadas no formato de livros, uma vez que esses apresentam uma maior circulação do saber produzido, não se restringindo aos setores acadêmicos.

Após essas etapas, as publicações elegíveis foram analisadas a partir da classificação no “Qualis”, que se configura como um conjunto de procedimentos utilizados pela Capes para estratificação da qualidade da produção intelectual. Com isso, pretendeu-se identificar a qualidade atribuída às produções de acordo com cada área da Capes. Ressalta-se que a estratificação da qualidade dessas produções é realizada de forma indireta, ou seja, a atribuição é feita por meio da qualidade dos veículos de divulgação (periódicos científicos). Esses veículos podem ser agrupados em estratos indicativos a partir da ordem decrescente a seguir: A1, A2, B1, B2, B3, B4, B5 e C. O mesmo periódico pode ser classificado em duas ou mais áreas distintas, expressando o valor atribuído, em cada área, à pertinência do conteúdo veiculado. Para a busca dessas informações, utilizou-se o aplicativo “WebQualis” que permite a classificação e consulta ao “Qualis” das áreas de cada veículo de divulgação, selecionando as áreas MEDICINA I, MEDICINA II, SAÚDE COLETIVA e PSICOLOGIA, pela sua maior correlação com a temática em questão.

### **1.3 – (Re)conhecer um universo<sup>12</sup>**

O universo inicial dessa revisão foi constituído por 295 trabalhos, entre teses, dissertações e artigos científicos. Após a exclusão dos trabalhos duplicados, ou seja, que se repetiam na mesma base de busca ou entre as bases de busca, esse universo foi reduzido para 260 trabalhos, que foram

---

<sup>12</sup> O termo “universo” nesse momento é concebido a partir da percepção do conceito de universo do saber estatístico, fazendo referência ao universo da pesquisa, e universo do saber astronômico, referenciando o espaço e o tempo em que todos os “astros” estão inseridos.



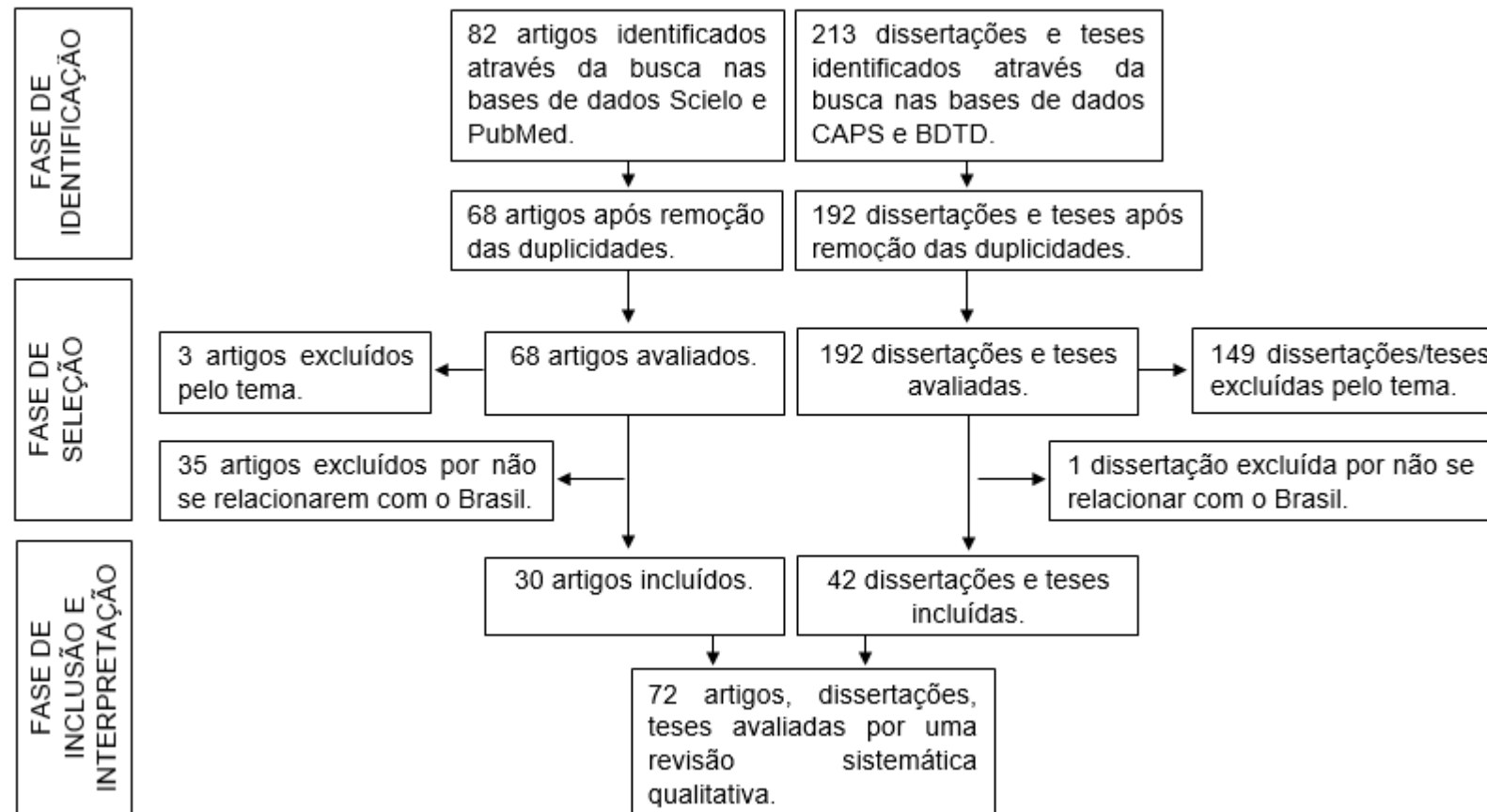
analisados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, resultando em um total de 72 trabalhos (Figura 01).

No Banco de Teses Capes utilizando o termo de busca “travesti”, foram encontrados 15 trabalhos. Todos os resumos foram analisados e 13 trabalhos foram excluídos porque a temática não se referia ao campo da saúde. Desta busca resultaram 2 trabalhos. Utilizando o termo de busca “transexual”, encontrou-se 10 trabalhos. Todos os resumos foram analisados e 5 trabalhos foram excluídos porque não estabeleciam relação com o campo de saúde. Um trabalho foi excluído porque se repetiu entre os termos de busca “travesti” e “transexual”. Desta busca resultaram 4 trabalhos.

Relacionados à fonte deste banco de teses e dissertações, os 6 trabalhos, 2 teses e 4 dissertações, versam principalmente sobre a problemática do acesso relacionado à integralidade do cuidado. A principal área do conhecimento dos programas de pós-graduação dessas produções está relacionada às ciências da saúde, sendo composta pelos programas vinculados a saúde coletiva, saúde pública e enfermagem (Quadro 01).

Na BDTD utilizando o termo de busca “travesti”, foram encontrados 145 trabalhos. Todos os resumos foram analisados e 120 trabalhos foram excluídos porque a temática não se referia ao campo da saúde e 1 pelo ano de publicação. Desta busca resultaram 24 trabalhos (Quadro 02). Utilizando o termo de busca “transexual”, encontrou-se 44 trabalhos. Todos os resumos foram analisados e 24 trabalhos foram excluídos porque não mantinham relação com o campo de saúde. Um trabalho foi excluído porque se repetiu entre os termos de busca “travesti” e “transexual”, 6 trabalhos foram excluídos porque se repetiram com o mesmo termo e um trabalho foi excluído porque não se referia ao Brasil. Desta busca resultaram, portanto, 12 novos trabalhos (Quadro 03).

**FIGURA 01:** Representação esquemática da seleção de publicações (teses, dissertações e artigos) para a revisão sistemática descritiva.



**FONTE:** Banco de teses CAPES, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), Scielo e PubMed.

**QUADRO 01:** Distribuição dos trabalhos pesquisados no Banco de Teses Capes por ano, tipo, tema e área do Programa de Pós-Graduação em que ocorreu a defesa.

CÓDIGO DO TRABALHO	ANO	TIPO	TEMA	ÁREA DO PROGRAMA	PUBLICADO NO FORMATO DE LIVRO
<b>Termo de Busca: “TRAVESTI”</b>					
CT1	2012	DISSERTAÇÃO	HIV/AIDS	SAÚDE PÚBLICA	NÃO
CT2	2012	DISSERTAÇÃO	ACESSO/INTEGRALIDADE	ENFERMAGEM	NÃO
<b>Termo de Busca: “TRANSEXUAL”</b>					
CT3	2011	TESE	ACESSO/INTEGRALIDADE	SAÚDE COLETIVA	NÃO
CT4	2012	DISSERTAÇÃO	ACESSO/INTEGRALIDADE	SOCIAS E HUMANAS	NÃO
CT5	2012	TESE	MODIFICAÇÕES CORPORAIS	PSICOLOGIA	NÃO
CT6	2012	DISSERTAÇÃO	ACESSO/INTEGRALIDADE	SAÚDE COLETIVA	NÃO

**FONTE:** Banco de Teses Capes.

**QUADRO 02:** Distribuição dos trabalhos pesquisados na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações por ano, tipo, tema e área do Programa de Pós-Graduação em que ocorreu a defesa, utilizando-se o termo “travesti”.

CÓDIGO DO TRABALHO	ANO	TIPO	TEMA	ÁREA DO PROGRAMA	PUBLICADO NO FORMATO DE LIVRO
<b>Termo de Busca: “TRAVESTI”</b>					
IT1	2005	TESE	HIV/AIDS	PSICOLOGIA	NÃO
IT2	2014	TESE	ACESSO/PROC. TRANSEXUALIZADOR	ANTROPOLOGIA	SIM
IT3	2008	DISSERTAÇÃO	HIV/AIDS	SAÚDE COLETIVA	NÃO
IT4	2011	DISSERTAÇÃO	MODIFICAÇÕES CORPORAIS	SAÚDE COLETIVA	NÃO
IT5	2010	DISSERTAÇÃO	DEMANDAS	SERVIÇO SOCIAL	NÃO
IT6	2008	DISSERTAÇÃO	MODIFICAÇÕES CORPORAIS	ANTROPOLOGIA	NÃO

**continuação.**

IT7	2014	DISSERTAÇÃO	ACESSO/INTEGRALIDADE	PSICOLOGIA	NÃO
IT8	2014	DISSERTAÇÃO	HIV/AIDS	SAÚDE COLETIVA	NÃO
IT9	2009	DISSERTAÇÃO	MODIFICAÇÕES CORPORAIS	SAÚDE COLETIVA	NÃO
IT10	2006	DISSERTAÇÃO	HIV/AIDS	EPIDEMIOLOGIA	NÃO
IT11	2006	DISSERTAÇÃO	HIV/AIDS	EPIDEMIOLOGIA	NÃO
IT12	2011	TESE	ACESSO/INTEGRALIDADE	SAÚDE PÚBLICA	NÃO
IT13	2011	DISSERTAÇÃO	PARTICIPAÇÃO POPULAR	SOCIOLOGIA	NÃO
IT14	2005	TESE	ESTIGMATIZAÇÃO	SAÚDE COLETIVA	SIM
IT15	2013	DISSERTAÇÃO	HIV/AIDS	SAÚDE COLETIVA	NÃO
IT16	2014	DISSERTAÇÃO	MODIFICAÇÕES CORPORAIS	CIÊNCIAS JURÍDICAS	NÃO
IT17	2009	DISSERTAÇÃO	POLÍTICAS PÚBLICAS	ANTROPOLOGIA	NÃO
IT18	2011	DISSERTAÇÃO	ACESSO/INTEGRALIDADE	PSICOLOGIA	NÃO
IT19	2014	DISSERTAÇÃO	ACESSO/INTEGRALIDADE	PSICOLOGIA	NÃO
IT20	2012	DISSERTAÇÃO	HIV/AIDS	CIÊNCIAS SOCIAIS	SIM
IT21	2007	DISSERTAÇÃO	HIV/AIDS	SAÚDE COLETIVA	NÃO
IT22	2007	TESE	HIV/AIDS	ANTROPOLOGIA	SIM
IT23	2008	DISSERTAÇÃO	ACESSO/INTEGRALIDADE	ENFERMAGEM/SAÚDE COLETIVA	NÃO
IT24	2007	DISSERTAÇÃO	HIV/AIDS	ENFERMAGEM	NÃO

**FONTE:** Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD).

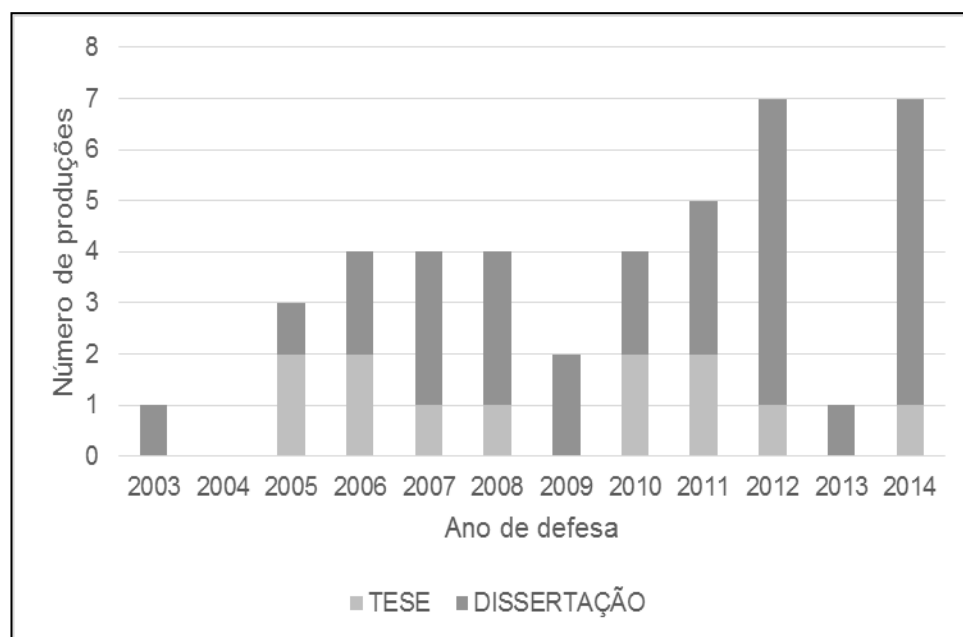
**QUADRO 03:** Distribuição dos trabalhos pesquisados na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações por ano, tipo, tema e área do Programa de Pós-Graduação em que ocorreu a defesa, utilizando-se o termo “transexual”.

CÓDIGO DO TRABALHO	ANO	TIPO	TEMA	ÁREA DO PROGRAMA	PUBLICADO NO FORMATO DE LIVRO
<b>Termo de Busca: “TRANSEXUAL”</b>					
IT25	2005	DISSERTAÇÃO	DIAGNÓSTICO	PSICOLOGIA	NÃO
IT26	2010	TESE	BIOÉTICA	SAÚDE PÚBLICA	NÃO
IT27	2014	DISSERTAÇÃO	PATOLOGIZAÇÃO	SAÚDE PÚBLICA	NÃO
IT28	2007	DISSERTAÇÃO	MODIFICAÇÕES CORPORAIS	PSICOLOGIA	NÃO
IT29	2010	DISSERTAÇÃO	BIOÉTICA	SAÚDE PÚBLICA	NÃO
IT30	2006	TESE	MODIFICAÇÕES CORPORAIS	PSICOLOGIA	NÃO
IT31	2008	TESE	MODIFICAÇÕES CORPORAIS	PSICOLOGIA	NÃO
IT32	2012	DISSERTAÇÃO	ACESSO/INTEGRALIDADE	SAÚDE COLETIVA	NÃO
IT33	2010	TESE	PATOLOGIZAÇÃO	SAÚDE COLETIVA	NÃO
IT34	2006	TESE	ACESSO/INTEGRALIDADE	SERVIÇO SOCIAL	NÃO
IT35	2014	DISSERTAÇÃO	ACESSO/INTEGRALIDADE	SERVIÇO SOCIAL	NÃO
IT36	2003	DISSERTAÇÃO	MODIFICAÇÕES CORPORAIS	ANTROPOLOGIA	NÃO

**FONTE:** Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD).

Ao final, chegou-se a um total de 36 trabalhos, sendo 10 teses e 26 dissertações. A principal temática com o termo de busca “travesti” foi a discussão sobre o HIV/aids. Já com o termo “transexual”, houve uma maior produção acerca das modificações corporais (centrada na cirurgia de transgenitalização), principalmente as produções anteriores à publicação da Portaria do “Processo Transexualizador no SUS”. Destaca-se que as áreas reconhecidas como ciências da saúde concentram a maioria das produções selecionadas, principalmente nos programas de saúde coletiva, saúde pública, epidemiologia e enfermagem (Quadro 02 e 03). Compuseram a análise das produções dos programas de pós-graduação 12 teses e 30 dissertações distribuídas principalmente em três momentos, inicialmente entre 2006 e 2008, seguido pelo período entre 2010 a 2012 e 2014 (Gráfico 01).

**GRÁFICO 01:** Distribuição dos trabalhos pesquisados no Banco de Teses Capes e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações por ano em que ocorreu a defesa.



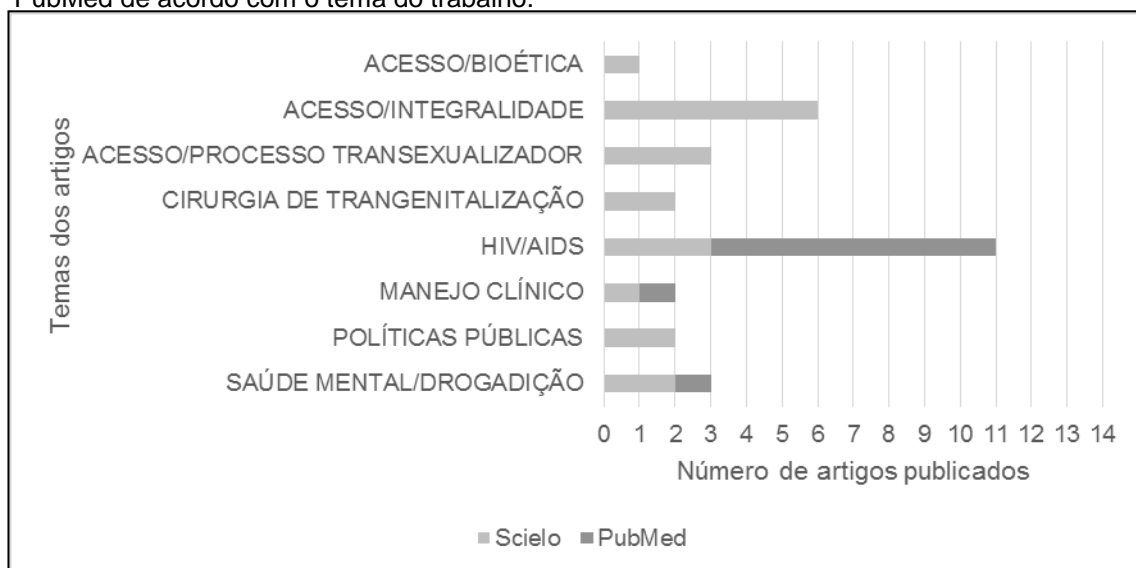
**FONTE:** Banco de Teses Capes e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD).

Na Base de dados Scielo, a partir dos termos de busca “travesti AND saúde” foram encontrados 10 trabalhos. Todos os resumos foram analisados e 2 trabalhos foram excluídos porque não se referiam ao Brasil. Um trabalho foi excluído porque se repetia entre os termos de busca em português e inglês e um trabalho foi excluído porque se repetia no mesmo idioma do termo de busca. Um trabalho foi excluído porque a temática não se referia ao campo da

saúde. Desta busca resultaram 5 trabalhos. Utilizando “transexual AND saúde” encontrou-se 27 trabalhos. Todos os resumos foram analisados e 10 trabalhos foram excluídos porque não se referiam ao Brasil. Um trabalho foi excluído porque não mantinha relação com o campo de saúde. Três trabalhos foram excluídos porque se repetiram entre os termos de busca “travesti AND transexual”. Desta busca resultaram, portanto, 13 trabalhos. Utilizando “transgênero AND saúde” retornaram 7 trabalhos. Todos os resumos foram analisados e 3 trabalhos foram excluídos porque não se referiam ao Brasil. Dois trabalhos foram excluídos porque se repetiam entre os termos de busca “transexual” e “transgênero”. Desta busca resultaram, portanto, 2 novos trabalhos.

Dessa forma, o universo final, por esta base de dados, foi constituída por 20 trabalhos, os quais problematizam, principalmente, a questão do acesso relacionado ao cuidado integral (Gráfico 02). Além disso, os veículos de divulgação desses trabalhos são mais bem classificados no “Qualis” nas áreas de saúde coletiva e psicologia, o que reflete, em parte, a predominância das áreas humanas, relacionadas ao primeiro autor (Quadro 04).

**GRÁFICO 02:** Distribuição do número de artigos pesquisados na plataforma de busca Scielo e PubMed de acordo com o tema do trabalho.



**FONTE:** Scielo e PubMed.

**QUADRO 04:** Distribuição dos trabalhos pesquisados na plataforma de busca Scielo por ano, tema, revista, classificação QUALIS da revista (nas áreas Medicina I, Medicina II, Saúde Coletiva e Psicologia) e área do conhecimento do primeiro autor.

CÓDIGO DO TRABALHO	ANO	TEMA	REVISTA	CLASSIFICAÇÃO QUALIS DA REVISTA				ÁREA DO CONHECIMENTO DO PRIMEIRO AUTOR
				MEDICINA I	MEDICINA II	SAÚDE COLEITVA	PSICOLOGIA	
Termo de Busca: “TRANSEXUAL AND SAÚDE”								
SA1	2009	ACESSO/INTEGRALIDADE	PHYSIS	B5	B4	B1	B1	SAÚDE COLETIVA
SA2	2008	ACESSO/INTEGRALIDADE	PSICOL. SOC.	B5	-	B3	A2	SAÚDE COLETIVA
SA3	2013	ACESSO/INTEGRALIDADE	SEX., SALUD SOC. (RIO J.)	-	-	B3	B2	ANTROPOLOGIA
SA4	2014	ACESSO/PROC. TRANSEXUALIZADOR	SEX., SALUD SOC. (RIO J.)	-	-	B3	B2	ANTROPOLOGIA LINGUISTICA
SA5	2013	ACESSO/INTEGRALIDADE	SEX., SALUD SOC. (RIO J.)	-	-	B3	B2	SAÚDE COLETIVA/ANTROPOLOGIA
SA6	2012	ACESSO/PROC. TRANSEXUALIZADOR	PSICOL. CIENC. PROF.	B4	B5	B2	A2	SAÚDE COLETIVA/ANTROPOLOGIA
SA7	2014	MANEJO CLÍNICO	ARQ BRAS ENDOC. METAB	B2	B2	B2	-	ENDOCRINOLOGIA
SA8	2010	CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO	REV. COL. BRAS. CIR.	B3	B3	B3	-	CIRURGIA PLÁSTICA
SA9	2012	SAÚDE MENTAL	PSICOL. CIENC. PROF.	B4	B5	B2	A2	PSICOLOGIA
SA10	2011	POLÍTICAS PÚBLICAS	SEX., SALUD SOC. (RIO J.)	-	-	B3	B2	SOCIOLOGIA
SA11	2008	POLÍTICAS PÚBLICAS	REV. SAÚDE PÚBLICA	B2	B2	A2	A2	SAÚDE
SA12	2012	CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO	INTERFACE (BOTUCATU)	B3	B3	B2	B2	PSICOLOGIA
SA13	2009	ACESSO/BIOÉTICA	PHYSIS	B5	B4	B1	B1	SAÚDE PÚBLICA



continuação.

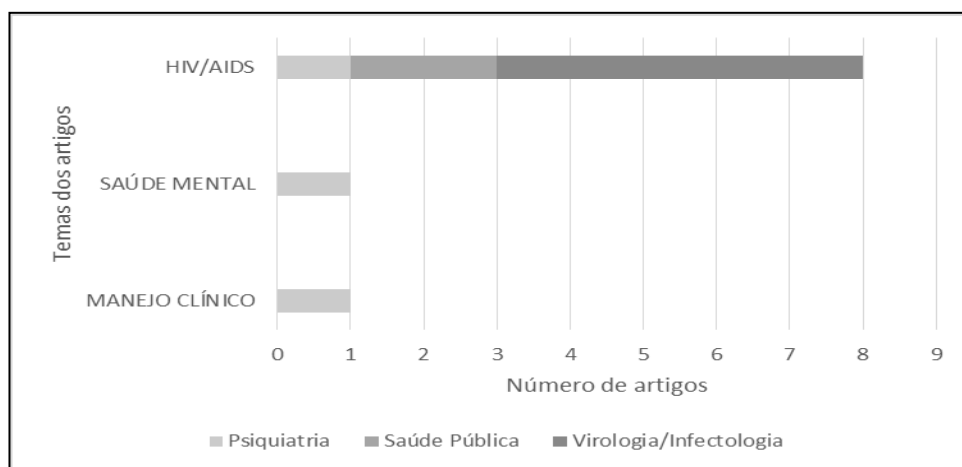
Termo de Busca: “TRAVESTI AND SAÚDE”								
SA14	2011	HIV/AIDS	PHYSIS	B5	B4	B1	B1	ANTROPOLOGIA LINGUISTICA
SA15	2008	ACESSO/INTEGRALIDADE	CAD. EBAPE.BR	-	-	B2	B2	EDUCAÇÃO
SA16	2004	HIV/AIDS	REV PANAM SALUD PUBLICA	B2	B4	B2	B1	SAÚDE COLETIVA
SA17	2013	SAÚDE MENTAL/DROGADIÇÃO	SAUDE SOC.	B3	B4	B2	B2	PSICOLOGIA/ANTROPOLOGIA
SA18	2014	ACESSO/INTEGRALIDADE	CIÊNC. SAÚDE COLETIVA	B3	B3	B1	A2	ENFERMAGEM
Termo de Busca: “TRANSGÊNERO AND SAÚDE”								
SA19	2009	ACESSO/PROC. TRANSEXUALIZADOR	PHYSIS	B5	B4	B1	B1	PSICOLOGIA
SA20	2014	HIV/AIDS	BRAZ J INFECT DIS	B2	B2	B2	B2	EPIDEMIOLOGIA

FONTE: Scielo.

Na Base de dados PubMed utilizando-se as palavras-chave “travesti AND saúde” foram encontrados 18 trabalhos. Todos os resumos foram analisados e 16 excluídos, por não se referirem ao Brasil, um porque a temática não se referia ao campo da saúde e um se repetia entre as bases de dados. Utilizando “transexual AND saúde” encontrou-se 8 trabalhos. Todos os resumos foram analisados e 2 trabalhos foram excluídos porque não se referiam ao Brasil, 2 trabalhos foram excluídos porque se repetiam entre as bases de dados e um trabalho foi excluído porque se repetia entre os termos de busca “travesti” e “transexual”. Desta busca resultaram, portanto, 3 trabalhos. Utilizando “transgênero AND saúde” foram encontrados 12 trabalhos. Todos os resumos foram analisados e 2 trabalhos foram excluídos porque não se referiam ao Brasil, 3 trabalhos foram excluídos porque se repetiam entre os termos de busca “transexual” e “transgênero”. Desta busca resultaram, portanto, 7 trabalhos.

Os 10 trabalhos obtidos pela base de dados PubMed, discutem principalmente questões relacionadas ao HIV/aids (Gráfico 02), o que pode ter uma correlação ao fato de que a área de conhecimento do primeiro autor está relacionada às ciências da saúde (Gráfico 03). Com relação aos veículos de divulgação, observa-se uma relevante classificação “Qualis” em praticamente todas as áreas analisadas (Quadro 05).

**GRÁFICO 03:** Distribuição dos trabalhos pesquisados na plataforma de busca PubMed de acordo com o tema do artigo e a área de conhecimento do primeiro autor.



**FONTE:** PubMed.

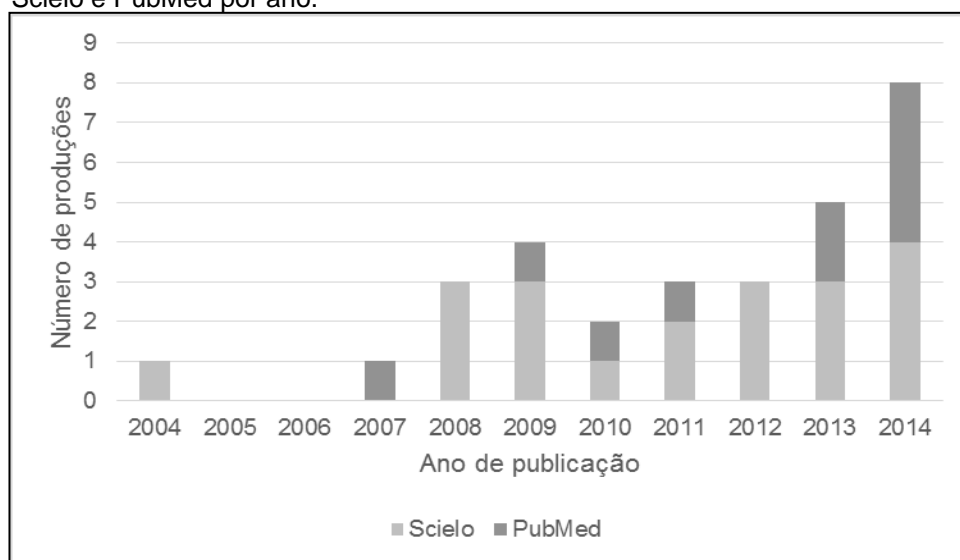
**QUADRO 05:** Distribuição dos trabalhos pesquisados na plataforma de busca PubMed por ano, tema, revista, classificação QUALIS da revista (nas áreas Medicina I, Medicina II, Saúde Coletiva e Psicologia) e área do conhecimento do primeiro autor.

CÓDIGO DO TRABALHO	ANO	TEMA	REVISTA	CLASSIFICAÇÃO QUALIS DA REVISTA				ÁREA DO CONHECIMENTO DO PRIMEIRO AUTOR
				MEDICINA I	MEDICINA II	SAÚDE COLEITVA	PSICOLOGIA	
Termo de Busca: “TRANSEXUAL AND SAÚDE”								
PA1	2009	MANEJO CLÍNICO	J SEX MED	A2	A2	A2	A2	PSIQUIATRIA
PA2	2007	SAÚDE MENTAL	J SEX MED	A2	A2	A2	A2	PSIQUIATRIA
PA3	2014	HIV/AIDS	AIDS BEHAV	A2	A2	A2	A2	SAÚDE PÚBLICA
Termo de Busca: “TRANSGÊNERO AND SAÚDE”								
PA4	2014	HIV/AIDS	LANCET INFECT DIS	A1	A1	A1	-	VIROLOGIA/INFECTOLOGIA
PA5	2010	HIV/AIDS	N ENGL J MED	A1	A1	A1	-	VIROLOGIA/INFECTOLOGIA
PA6	2014	HIV/AIDS	J ACQUIR IMMUNE DEFIC SYNDR	A1	A1	A1	-	SAÚDE PÚBLICA
PA7	2013	HIV/AIDS	PLOS ONE	A1	A1	A1	A2	VIROLOGIA/INFECTOLOGIA
PA8	2013	HIV/AIDS	AIDS CARE	B1	B1	A2	A2	SAÚDE PÚBLICA
PA9	2011	HIV/AIDS	ARCH SEX BEHAV	A2	A2	-	A2	PSIQUIATRIA
PA10	2014	HIV/AIDS	AIDS	A1	A1	A1	A1	VIROLOGIA/INFECTOLOGIA

**FONTE:** PubMed.

Ao observar-se o ano de publicação dos trabalhos selecionados nas bases de dados Scielo e PubMed, verifica-se um aumento de produção entre os anos de 2008 e 2009, com uma estabilização da produção científica a partir de 2011/2012, com um novo aumento em 2013/2014 (Gráfico 04).

**GRÁFICO 04:** Distribuição dos trabalhos pesquisados na plataforma de busca Scielo e PubMed por ano.



**FONTE:** Scielo e PubMed.

#### 1.4 – Discutindo a arte a partir de pontos de saber

Ao analisar as produções acadêmicas na modalidade tese e dissertação no período de 1997 a 2014, identifica-se que as produções sobre a transexualidade datam do início deste século, tendo como espaço de pesquisa os serviços que ofereciam as cirurgias de transgenitalização. Ainda os primeiros trabalhos estiveram vinculados a programas de pós-graduação da área de ciências humanas e os pesquisadores não eram integrantes das equipes (BENTO, 2003; ZAMBRANO, 2003). A preocupação em compreender a dinâmica do cuidado na temática da transexualidade aparece marcadamente nos trabalhos que oscilam entre a busca e a defesa de um diagnóstico que sustentaria a indicação da cirurgia e a necessidade de dialogar com as produções internacionais no que se refere à defesa da autonomia das pessoas transexuais e o questionamento do diagnóstico a partir de uma análise que

incorporou os estudos de gênero. A incorporação dos estudos foucaultianos, principalmente em um diálogo com os estudos *queer*<sup>13</sup> pode ser percebida nos textos produzidos posteriormente e que descortinam o “dispositivo da transexualidade” (BENTO, 2003; BENTO, 2006; BENTO, 2014a; PINTO, 2008; CARVALHO, 2012; ÁVILA, 2014).

O deslocamento da temática para uma análise das engrenagens que sustentariam a transexualidade como uma patologia<sup>14</sup> e seu atrelamento ao discurso médico jurídico demarcou um segundo grupo de pesquisas realizadas, principalmente no campo das ciências sociais (SILVEIRA, 2006; LIONÇO, 2006; LEITE JUNIOR, 2008; TEIXEIRA, 2009; 2013; RAMOS, 2014). A defesa da despatologização da transexualidade e a crítica aos serviços que realizavam o “Processo Transexualizador” se interconectaram e dialogaram, principalmente, nas produções de Murta (2007; 2011), Lima (2010), Tenenblat (2014) e Borba (2014). Nessa esteira, a questão bioética que envolve a oferta do cuidado e o respeito à autonomia do sujeito também foi objeto de investigação de pesquisadores como Guimarães Junior (2009) e Barboza (2010).

Em relação ao tratamento da temática da transexualidade em artigos, temos como referência a dissertação de Carvalho (2014) que utilizou a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como base de dados para sua pesquisa. Esse autor identificou um aumento da discussão a partir de 2009, sendo que para ele, o ano de 2013 é o que teria maior produção. Porém, a pesquisa realizada nesta dissertação incluiu o ano de 2014 com 07 trabalhos publicados, entre teses e dissertações, o que confirma a tendência anunciada por Carvalho (2014).

---

<sup>13</sup> Segundo Louro (2013), a teoria *queer* pode ser compreendida como a busca pela problematização/contestação da normalização imposta. Ou seja, essa perspectiva teórica pautada naquilo que pode ser entendido como “estranho, talvez ridículo, excêntrico, raro, extraordinário”, busca descentrar ou desconstruir as normas socialmente estabelecidas.

<sup>14</sup> O termo “patologia” está sendo utilizado como um termo êmico, ou seja, sua referência relaciona-se aos estudos da antropologia, ciências sociais e saúde coletiva que ancoram sua percepção de “patológico” nas noções de “desvio” dos códigos normativos, como problematiza Canguilhem (2002) em seu livro “O normal e o patológico”.

A análise temática dos artigos permitiu agrupá-los identificando um cenário no qual a problematização do conceito de transexualidade (ABREU, 2005; ARÁN & MURTA, 2009; VENTURA & SCHRAMM, 2009; SAMPAIO, 2012; TEIXEIRA, 2012; BARBOSA, 2013) parece apontar para a necessidade da ampliação da assistência e cuidado em saúde (LIONÇO, 2009; MELLO, 2011; BORBA, 2014). Sem estabelecer um parâmetro de causalidade, as discussões identificadas nas teses e dissertações parecem afetar (e serem afetadas) os movimentos sociais e suas relações no campo da saúde (REIS, 2009; CASSEMIRO, 2010; CARVALHO, 2011a; CARVALHO, 2011b; PEREIRA, 2011; SANTOS, 2012; VIEIRA, 2012; CARALHO & CARRARA, 2013).

Em relação ao manejo clínico, essa temática aparece em pequeno número, a qual está relacionada a questões específicas como Hormonioterapia e redução de danos (BALTIERI, PRADO CORTEZ & ANDRADE, 2009; COSTA, 2014), cirurgia de transgenitalização (ELIAS, 2007; FRANCO, 2010) ou o atendimento no campo da psicologia (GIONGO, MENEGOTTO & PETTERS, 2012; SAMPAIO, 2012). Observa-se, ainda, que essas discussões estão ancoradas na problematização do diagnóstico de transexualidade pelo discurso médico-jurídico.

Uma questão que merece destaque nos artigos identificados é a aproximação dos universos de travestis e transexuais, não somente em relação ao movimento social (CARVALHO, 2011b; CARVALHO, 2013; BARBOSA, 2013) mas também quando anunciam de forma inaugural e em maior número, a preocupação de ampliar a oferta de cuidados em saúde, pensando na integralidade do cuidado (ARÁN et al., 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a; ARÁN & MURTA, 2009; MELLO, 2011; BORBA, 2014). Essa questão, em relação às teses e dissertações, aparece nos trabalhos de Moscheta (2011), Rodriguez (2011), Tagliamento (2012), Pereira (2012) e Guaranha (2014).

Analisando especificamente os trabalhos referentes às travestis, teria-se um cenário diferente, que está em acordo com Amaral et al. (2014), que identificaram que parte expressiva de trabalhos na produção acadêmica brasileira sobre travestis no período entre 2001 e 2010 está centralizada em

temas como aids, doenças sexualmente transmissíveis, transformação corporal e prostituição.

Provavelmente em razão dos termos utilizados para a busca (“travesti AND saúde”), poucos artigos foram encontrados. Deste universo, a problemática central se ancora na vulnerabilidade/risco para Doenças Sexualmente Transmissíveis, especialmente o HIV/aids (PASSOS & FIGUEIREDO, 2004; BORBA, 2011; MARTINS et al., 2013; HANIF et al., 2014; LIPPMAN et al., 2014), com pouca menção ao significado e significância das práticas relacionado à travestilidade (FIGUEIREDO SOARES DA SILVA, 2008). A interface com a temática da saúde mental também foi acionada (BALTIERI & ANDRADE, 2009), principalmente, via abuso de drogas ilícitas ou não (PRADO CORTEZ, BOER & BALTIERI, 2011; ROCHA, PEREIRA & DIAS, 2013). Sendo que, todas as investigações foram realizadas, tendo a prostituição como fator de aumento da vulnerabilidade das pessoas que participaram dos estudos e/ou local de contato com as participantes dos estudos.

Torna-se importante observar que, após a publicação do “Processo Transexualizador no SUS” houve um aumento nas discussões acerca do acesso/integralidade relacionado às travestis (MULLER & KNAUTH, 2008; SOUZA et al., 2014). A partir disso, compreende-se que essa busca por problematizar o cuidado em saúde e os espaços ofertados para esse cuidado, demonstram uma tentativa de se pensar para além da relação travesti-prostituição-HIV/aids. No entanto, esbarra-se em questões ligadas aos estigmas dessa população que as coloca em situações marginais e/ou periféricas da nossa sociedade, dificultando a efetivação de um cuidado integral em saúde.

O uso do termo “transgender” resultou em um número maior de artigos. No entanto, a maioria parece se referir às travestis, o que poderia se justificar pela dificuldade de tradução do termo travesti para o inglês ou à hegemonia com que o termo “transgender” é reconhecido no cenário internacional. A ênfase na temática da aids (testagem e estudos de prevalência e prevenção) (GRANT et al., 2010; MARCUS et al., 2013; MARTINS et al., 2013; GRANT et

al., 2014; LIPPMAN et al., 2014; LIU et al., 2014; SOLOMON et al., 2014), sugere que, para a maior parte dos estudos no campo da saúde, a aids permanece como maior preocupação e define o universo das travestis. Chama a atenção, a atualidade da publicação nos últimos dois anos analisados (GRANT et al., 2010; MARCUS et al., 2013; MARTINS et al., 2013; GRANT et al., 2014; LIPPMAN et al., 2014; LIU et al., 2014; SOLOMON et al., 2014), sugerindo que a infecção por HIV/aids continua sendo um problema de saúde para as travestis, conforme apontamento de Kraiczky (2014). Da mesma forma, evidencia o fato de que os pesquisadores do campo da saúde somente identificam as travestis a partir do lugar da aids, reiterando o processo de “sidadanização” discutido por Pelúcio e Miskolci (2009).

Em relação às teses e dissertações esse cenário se repete, embora saibamos da significativa produção no campo, poucos trabalhos responderam aos critérios de busca e 14 trabalhos foram encontrados, trazendo a questão da aids com centralidade (ANTUNES, 2005; PERES, 2005; MAIA, 2006; MELO, 2006; SANTOS, 2007; PELÚCIO, 2007; SOUZA, 2007; BRIGNOL, 2008; SILVA, 2008; LOURENÇO, 2009; BURGOS FILHO, 2012; SABATINE, 2012; PINHEIRO JUNIOR, 2013; SAMPAIO, 2014). Diferentemente dos artigos, as teses e dissertações com a temática da travestilidade, identificadas nessa pesquisa, tiveram um pico de produção nos anos entre 2006 e 2008. Posteriormente, a temática retorna com estudos que apresentam as travestis e transexuais a partir de uma mesma problemática e/ou a transexualidade passou a receber maior atenção dos pesquisadores.

Identificamos que uma das limitações da presente pesquisa está relacionada ao termo “saúde” utilizado como descritor de busca nas bases de dados, visto que por não estar discriminado entre as palavras chave de algumas publicações, esses trabalhos acabaram não sendo selecionados nas bases de busca. Ponderando que essa limitação pode também refletir uma dificuldade dos trabalhos analisados uma vez que ao se discutir o campo da saúde esperava-se que esse descritor fosse uma referência do trabalho.



Além disso, o Banco de Teses da CAPES, no momento da pesquisa, fornecia apenas as informações sobre teses e dissertações defendidas a partir de 2011, devido a questões técnicas expressas pelo próprio site. Dessa forma, algumas teses e dissertações defendidas anteriormente e que não constavam no Banco IBICT podem não ter sido incluídas nesse estudo. Buscando minimizar essas limitações, foram incluídas publicações relevantes, principalmente, no corpo da discussão do texto.

### **1.5 – Um ponto final em uma arte em (re)construção**

Diante dos dados acima analisados, interpretados e problematizados, pode-se dizer que o deslocamento conceitual da transexualidade e a incorporação das reflexões produzidas no campo das ciências humanas sobre as práticas médicas são resultados significativos da presente pesquisa. Ou seja, as preocupações sobre um cuidado em saúde centrado na demanda/oferta da cirurgia de transgenitalização amplia-se para as questões que envolvem a autonomia do sujeito e a integralidade do cuidado.

Em relação ao atravessamento entre as questões das travestis e a saúde, as doenças/desvios ainda recobrem esse cenário, em grande parte decorrente da ênfase na epidemia da aids, em uma suposta associação naturalizada entre travestis-aids. Mas também o uso de drogas ou as estratégias de modificações corporais são lidos/apresentados como fatores de vulnerabilidade e riscos. Poucos são os estudos que, articulando com o campo da saúde, apresentam seus recortes de pesquisa a partir do empoderamento e das potências de vida das travestis.

Dessa forma, pode-se compreender o estado de conhecimento/estado da arte sobre essa temática que até então não tinha sido realizada com tamanha profundidade. Assim, esse mapeamento das produções científicas brasileiras permite pensar as potencialidades e as barreiras de (re)conhecimento das demandas e das vidas “trans” imbricadas com o campo da saúde.

## **CAPÍTULO II**

### **DEMANDAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO “TRANS”: ENTRE OS DESAFIOS E AS LIMITAÇÕES PARA O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE**

“A medicina talvez seja a porta mais ampla para ingressar no entendimento de certos grupos, fazendo um trabalho sério e dedicado sobre a disforia de gênero, encarando isso como um problema social grave a ser resolvido através da ciência médica. Já que ela tem credibilidade na maioria desses países.”

FTM GUY

Esse trecho do texto “É um problema de todo mundo, do mundo todo!”<sup>15</sup>, do blogueiro FTM GUY, nos permite pensar a respeito do saber-poder do discurso biomédico no processo de reconhecimento de “demandas” em saúde de certos indivíduos, assim como do cuidado em saúde que se pode ofertar a esses sujeitos. (Re)Conhecer esse saber-poder permite, ainda, pensar os desafios e limitações para um cuidado integral em saúde, que considere a autonomia do sujeito e sua potência de vida.

Tendo como prerrogativa a compreensão do estado da arte sobre as questões da atenção “transespecífica”, na qual há a ampliação das discussões centradas na cirurgia de transgenitalização para as questões que envolvem a autonomia do sujeito e a integralidade do cuidado; e do estado da arte da travestilidade, ainda focada nas doenças/desvios relacionadas ao HIV/aids, buscar-se-á abordar neste capítulo determinadas temáticas, como prevenção/epidemiologia do HIV/aids, acesso/integralidade e (des)patologização das identidades “trans” pois são compreendidas como as principais demandas dessa população pelo estudo dos estados da arte acima citados.

Dessa forma, por meio da análise documental e de uma construção de um ensaio teórico descritivo esses tópicos serão problematizados, tendo como ponto de partida o (re)conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, para assim, subsidiar histórica e politicamente essas demandas. Tem-se como argumentação que o lugar do saber-poder biomédico define as demandas em saúde dessa população, e assim impacta em suas autonomias políticas.

Diante disso, pretende-se desenvolver um campo propício para a reflexão sobre as possíveis e reais conquistas, desafios e limitações para o cuidado integral em saúde à população “trans”.

---

<sup>15</sup> Disponível em: < <http://ftmguybrasil.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 22/09/2015.

## **2.1 – Entre o inferno e o paraíso<sup>16</sup>: dualidades das “vidas precárias”<sup>17</sup>**

Para o entendimento mais aprofundado do movimento político e das tensões relacionadas à Política de Atenção Integral a Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e, conseqüentemente, a interface dessas tensões com o setor saúde, faz-se necessário compreender a história do atendimento em saúde à população “trans”, bem como a organização do SUS e dos movimentos sociais relacionados às demandas desta população. Para elucidar esses processos, a seguir, são apresentados e problematizados alguns exemplos da atenção em saúde para a população “trans”.

As primeiras cirurgias para mudança de sexo são relatadas na década de 1920, quando era descrita como “castração”, ou seja, retirada de pênis e testículos (REIS, 2009). Na década de 60, o médico endocrinologista Benjamin estabelece as primeiras orientações acerca do diagnóstico e tratamento para a população que apresentava uma não conformidade entre a identidade de gênero e sua genitália. Segundo Saadeh (2004), Benjamin pode ser considerado como um dos pioneiros na compreensão do fenômeno de pessoas que se representavam e foram representadas como “mulheres presas em corpos masculinos”.

A primeira cirurgia de redesignação sexual no Brasil foi realizada pelo Dr. Roberto Farina, em 1971. Na época, o procedimento foi considerado crime por representar uma mutilação corporal, e não um processo terapêutico (REIS, 2009). Dessa forma, pautado no Código de Ética Médica e no Código Penal, o CFM condenou-o por má utilização da medicina devido à “grave mutilação” e ao “dano à integridade corporal” (SAADEH, 2004).

---

<sup>16</sup> Referência ao artigo intitulado “Entre o Inferno e o Paraíso. Saúde, Direitos e Conflitualidades”, de Machado (2003), Série Antropologia nº 342, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília. A autora problematiza a capacidade restrita de saúde pública versus o direito à humanização do atendimento, em cenários de pronto socorro.

<sup>17</sup> Termo utilizado por Bento (2014) ao problematizar as vidas de travestis e transexuais no contexto brasileiro.

Em 1979, o CFM é consultado a respeito da possibilidade de colocação de prótese mamária em pacientes do sexo masculino, através do Protocolo nº 1.529/79 (CFM, 1980)<sup>18</sup>. Nessa consulta ao CFM, o relator Artur Ventura de Matos problematiza o termo “necessário” como pressuposto básico para o entendimento de tal procedimento, uma vez que esse termo tem uma tripla interface: com o sujeito em questão, com a “classe médica” e com a sociedade (CFM, 1980). Entretanto, Teixeira (2009; 2013) explicita que as medidas, orientações, pareceres e resoluções do CFM ditaram as condutas e os procedimentos oficiais dos profissionais a partir de uma consonância com o sexo, ou seja, com as normas de gênero heteronormativas. Dessa forma, as “necessidades” da “classe” comungam, de certa forma, com as da “sociedade”, deslegitimando a necessidade do sujeito.

Vieira (1995), em sua tese de doutoramento, transcreve aquilo que se pode considerar como um dos primeiros pronunciamentos oficiais do CFM sobre a realização das cirurgias de transgenitalização. Através do Parecer-Consulta nº.28/7525, elaborado pelo conselheiro Clarimesso Machado Arcuri, o CFM afirma:

“O problema da transexualidade reside na não aceitação da identidade sexual, na busca desesperada pela transformação sexual pela ação cirúrgica ou obtida por hormônios; na procura incansável pela harmonia entre o sexo psicossocial e a atividade sexual desejada, como se pertencesse ao sexo oposto e conclui ser a cirurgia não de mudança de sexo, pois muda-se a genitália e não o sexo do indivíduo, resultando em mutilação grave e ofensa à integridade corporal. O sexo biológico é imutável.” (VIEIRA, 1995)

---

<sup>18</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM (BRASIL). Protocolo no 1.529/79. Parecer consulta de 31/03/1980. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/pareceres/crmba/pareceres/1980/3\\_1980.htm](http://www.portalmédico.org.br/pareceres/crmba/pareceres/1980/3_1980.htm)>.

Essa imutabilidade do sexo pode ser lida como uma tentativa da manutenção do pensamento positivista sobre os corpos, visto que busca responder à compreensão biologizante da vida. Trata-se de um exemplo da concepção de biopoder de Foucault (1977). Tal concepção também permite dialogar com o pensamento de Butler (2003) sobre a coerência entre sexo, gênero, desejo e prática sexual, nos quais os discursos heteronormativos performam os sujeitos.

Essa concepção retornará na consulta realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais ao Conselho Federal de Medicina, que resultou no Parecer ao Processo Consulta (PC) do CFM nº. 11/1991 de abril de 1991 (TEIXEIRA, 2009; 2013). Nesse parecer, segundo observa Teixeira (2009; 2013), há o reconhecimento da legitimidade da cirurgia mediante o relato do sofrimento de uma mulher “trans” para a realização de “conversão sexual”, no entanto esse aspecto acabou sendo desconsiderado diante do suposto caráter mutilador do procedimento cirúrgico, como expresso no Parecer:

“Acreditamos, entretanto, ser real o sofrimento a que está submetido o postulante por não possuir uma identidade bio-psico-social que o referencie frente a seus semelhantes e à sociedade em que o mesmo se acha inserido. Entretanto, se nos comove o doloroso conflito que está colocado nesta história de vida mal vivida, não nos parece terreno seguro digressionar sobre os aspectos filosóficos e psico-sociais de uma existência sexual rejeitada, quando o estatuto da lei e da Ética abordam e definem, com clareza, as questões relativas ao procedimento a ser adotado frente ao transexualismo ou

TRANSGENITALISMO<sup>19</sup>, no dizer do Prof. JEAN CLAUDE NAHOUN, e o ato cirúrgico que tornaria possível a transmutação sexual.

Assim, se nos causa constrangimento o relato dramático do Sr. Hideraldo Oliveira sobre a sua condição existencial, não podemos deixar de citar o valioso trabalho sobre o assunto percorrido pelo Prof. HOLDEMAR OLIVEIRA DE MENEZES citado no relatório do IV CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA LEGAL ocorrido em São Paulo em dezembro de 1974, bem como o Parecer CFM nº 28/75, da lavra do Ex- Conselheiro CLARIMESSO MACHADO ARCURI: Segundo o Prof. Holdemar Oliveira, “... o transexual de alta intensidade constitui-se por indivíduos de total inversão psicosexual, que vivem como mulher, desejam intensa e urgentemente a mudança do sexo e, mais ainda, prometem automutilação ou suicídio se não foram atendidos em seus anseios que julgam justos.

E conclui: Na cirurgia desejada pelo transexual, o ato é mutilador e não corretivo”. E conclui o nobre parecerista contrariamente à licitude da pretendida cirurgia de conversão do sexo por infringência ao Código Penal e ao Código de Ética Médica, por seu caráter mutilador.” (CFM, 1991)<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Teixeira (2009), em diálogo com Austin (1990), comenta sobre o batismo conceitual do termo “transgenitalismo” para a produção de sentido das realidades, sendo isso pautado na imutabilidade do sexo. Como a mesma autora afirma, esse termo não apresenta referência com relação à produção científica nacional e internacional.

<sup>20</sup> PROCESSO CONSULTA CFM Nº 0617/90 PC/CFM/Nº. 11/1991 de 13 de abril de 1991 Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/pareceres/cfm/1991/11\\_1991.htm](http://www.portalmédico.org.br/pareceres/cfm/1991/11_1991.htm)>.



Essa perspectiva só foi modificada em 1997, a partir de uma tensionalidade produzida na diretoria do CFM (TEIXEIRA, 2009; 2013) por reportagens veiculadas em jornais e revistas de circulação nacional (VIEIRA, 1995). Buscando organizar o debate sobre o tema da transexualidade, a resolução 1.482/1997 do CFM autorizava, a título experimental (podendo ser realizadas somente em hospitais universitários ou adaptados a pesquisas), as cirurgias de transgenitalização em casos de “transexualismo” (CFM, 1997)<sup>21</sup>. Dessa forma, para se autorizar a intervenção em gônadas, caracteres sexuais secundários e construção de vagina (neocolpovulvoplastia) e de pênis, como a resolução descreve, haveria a necessidade de se confirmar o diagnóstico de “transexualismo” por uma equipe multiprofissional, que iria avaliar o sujeito por pelo menos dois anos, para assim, confirmar ou não esse diagnóstico e elegê-lo(a) ou não para a cirurgia, conforme os seguintes critérios do CFM (CFM, 1997), no artigo 3, para a definição de “transexualismo”:

- “- Desconforto com o sexo anatômico;
- Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
- Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
- Ausência de outros transtornos mentais.” (CFM, 1997)

Em 2002, essa resolução é revogada pela Resolução CFM nº. 1.652/2002, a qual mantém os critérios para o diagnóstico de “transexualismo” mas estabelece:

---

<sup>21</sup> Destaca-se que essa resolução foi embasada pelo Parecer e Proposta de Resolução PC/CFM/Nº 39/97, redigido pela Comissão de Estudos de Transexualismo, do CFM, em abril de 1997, que, mesmo considerando a “técnica segura e eficaz, apenas não reversível”, para a “transformação da genitália e dos caracteres sexuais secundário”, orienta que esse procedimento tenha um caráter experimental. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1997/39\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1997/39_1997.htm)>.

“Art. 1º Autorizar a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo.

Art. 2º Autorizar, ainda a título experimental, a realização de cirurgia do tipo neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo.

Art. 6º Que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino poderão ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independente da atividade de pesquisa.” (CFM, 2002)

Dessa forma, observa-se uma ampliação da assistência em saúde a essa população ao se permitir a realização do procedimento de neocolpovulvoplastia em hospitais públicos e/ou privados sem a necessidade de estas instituições estarem vinculadas às atividades de pesquisa (CFM, 2002). Ou seja, a adequação do fenótipo masculino para o feminino passa a ser autorizada, e o sujeito que realizasse tal ato não seria penalizado. Além disso, há a referência à possibilidade de tratamento cirúrgico para os homens “trans” pela cirurgia do tipo neofaloplastia e/ou procedimentos complementares, mas ainda limitada ao caráter experimental<sup>22</sup>. Essas mudanças são decorrentes das considerações que antecedem tal resolução, a saber:

---

<sup>22</sup> Observa-se que, mesmo diante desses avanços na possibilidade de tratamento para a população “trans”, ainda não havia uma regulamentação a respeito do financiamento desses procedimentos, uma vez que eles não estavam incluídos na tabela de procedimentos pagos pelo SUS, limitando o cuidado em saúde à filantropia das equipes médicas e à possibilidade de autofinanciamento pela população “trans” (REIS, 2009).

“CONSIDERANDO o estágio atual dos procedimentos de seleção e tratamento dos casos de transexualismo, com evolução decorrente dos critérios estabelecidos na Resolução CFM nº. 1.482/97 e do trabalho das instituições ali previstas;

CONSIDERANDO o bom resultado cirúrgico, tanto do ponto de vista estético como funcional, das neocolpovulvoplastias nos casos com indicação precisa de transformação o fenótipo masculino para feminino;

CONSIDERANDO as dificuldades técnicas ainda presentes para a obtenção de bom resultado tanto no aspecto estético como funcional das neofaloplastias, mesmo nos casos com boa indicação de transformação do fenótipo feminino para masculino.” (CFM, 2002)

Ressalta-se que, até aquele momento da publicação dessa resolução, não havia produções científicas sobre as cirurgias realizadas no Brasil (TEIXEIRA, 2009; 2013). Pinto (2008) retrata essa percepção ao analisar as teses e dissertações sobre a temática da transexualidade. A revisão bibliográfica descrita no capítulo um desta dissertação corrobora essa análise e inclui no balanço da literatura sobre a temática em questão as produções na modalidade artigo. As importantes publicações de Silveira, em 2010, e de Silva, em 2012, exemplificam essa escassez de produção nacional, uma vez que essas publicações se tornaram uma referência nacional sobre a temática, não somente por seus reconhecimentos no campo, mas por os autores também serem coordenadores de serviços de atenção à saúde da população “trans” (SILVEIRA, 2010; SILVA, 2012).

Diante desse cenário, identifica-se, mais uma vez, como as engrenagens do dispositivo da transexualidade, descritos por Bento (2003) e Lima (2010),

operam em nossa sociedade e nos espaços de decisão política. A esse respeito, Fassin (1996)<sup>23</sup> entende o poder como a possibilidade efetiva de ação sobre o homem e sobre as coisas. Ação essa que busca articular princípios organizacionais fundamentais das sociedades para o desenvolvimento de normas e valores sociais contingentes nas políticas públicas (SHORE & WRIGHT, 1997; REIS, 2009). Fassin (1996) orienta, assim, que a análise dos espaços políticos da saúde seja empreendida a partir de três eixos principais: incorporação da desigualdade, poder de curar e governo da vida, os quais são constituintes da saúde pública. Dessa forma, a política é:

“(...) constituída de relações de poder mobilizadas no espaço público para o controle de decisões e de ações que têm como objeto os bens considerados coletivos.”  
(FASSIN, 1996) [tradução minha]

Esse autor afirma que o conhecimento e a compreensão de como a desigualdade social é corporificada permitem entender os sinais que marcam os corpos e os fazem acessar serviços de modos diferenciados (FASSIN, 1996). Além disso, as experiências de dor, sofrimento ou doença acontecem de forma específica nos grupos que enfrentam situações de desprovimento, e isso deve ser considerado uma vez que:

“(...) cada sociedade inventa configurações diferentes das relações de poder e desigualdades (...).” (FASSIN, 1996)  
[tradução minha]

---

<sup>23</sup> Fassin (1996), em seu livro “L’Espace Politique de la Santé” (O Espaço Político da Saúde), traz como problema teórico a análise entre as conexões da política e do corpo, retomando o conceito de biopoder de Foucault dentro da antropologia da saúde.

Diante disso, cada Estado pode vir a traçar caminhos diferentes para contornar ou amenizar essas questões (REIS, 2009), pois a esfera da política, do exercício do poder e da tomada de decisões é também a esfera em que os valores estão sendo acionados, discutidos, problematizados e colocados em ação (TEIXEIRA, 1999). Pereira (1994) afirma, nessa perceptiva, que a política pública deve ser entendida como um plano de ação, que tem por objetivo:

“(...) atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual ou espontânea, e requer decisão coletiva regida e amparada por leis impessoais.” (PEREIRA, 1994)

No entanto, no caso do cuidado em saúde para as pessoas “trans”, esses espaços de decisão política, de orientação de políticas públicas a partir de pareceres e resoluções, estiveram sempre de acordo com normativas heterossexuais, como descrito acima. Teixeira (1999) relata que “o político não discursa sobre a realidade, ao falar, já atua sobre ela”, e, nesse caso, atua heteronormatizando.

Reis (2009), buscando entender o poder dos discursos para manter essa normatização, aponta que a “transdiversidade” se configura como:

“(...) desestabilizadoras dos conceitos de natureza, de cultura, de sexo biológico, de gênero cultural, de doença como domínio da causação natural e de saúde como recondicionamento de corpo saudável-funcional.” (REIS, 2009)

Devido a essa desestabilização, Reis (2009) faz um diálogo com Abram de Swaan (1988), a partir da concepção de que determinadas políticas públicas

são constituídas por políticas sociais que expressam arranjos coletivos e compulsórios desenvolvidos para responder às adversidades que surgem na convivência em sociedade. Ou seja, as respostas dadas pelo Parecer PC/CFM/Nº. 11/1991 e pela Resolução CFM nº. 1.652/2002 podem ser entendidas como medidas precursoras de uma política pública, a partir do desenvolvimento de políticas sociais, que foram mobilizadas por tensionalidades dos movimentos populares pautados na concepção de saúde como patrimônio coletivo que deve ser gerido pelo Estado (FASSIN, 1996), a qual é expressa na Constituição Brasileira de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 1990, em seu artigo segundo:

“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL, 1990)

Assim, em uma tentativa de reconhecimento da população “trans”<sup>24</sup>, de abertura de espaços políticos, parece existir uma aliança, ainda que transitória, entre o movimento “trans” e pesquisadores, principalmente, da área das ciências humanas, em desafiar a “linguagem da instituição” saúde, por meio da incorporação dos conceitos de universalidade, integralidade e participação social, como evidenciado por Reis (2009). Sendo essa estratégia um caminho para agregar demandas específicas dessa população, a fim de traçar ações e políticas em saúde de acordo com seus desejos e necessidades.

Em 2004, por demanda do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD), por meio das recomendações da Secretaria Especial de Direitos Humanos influenciado pelo movimento popular, o MS lança o

---

<sup>24</sup> Reconhecimento aqui entendido como o processo de “compreender o outro como digno de interação”, uma vez que o reconhecimento até então atribuído à população “trans” dizia respeito única e exclusivamente à “condição patológica” do seu gênero (REIS, 2009). Butler afirma, a esse respeito, que a nossa existência como ser social depende da experiência do reconhecimento, demonstrando a importância desse processo na afirmação do sujeito “trans” enquanto sujeito social (BUTLER, 2003).

programa “Brasil Sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Travestis/Transexuais e Bissexuais (GLTB)<sup>25</sup> e de Promoção da Cidadania Homossexual”, com capítulos específicos destinados à população “trans” (REIS, 2009; TEIXEIRA, 2009; 2013). No mesmo ano, o MS criou o Comitê Técnico para Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (CT GLTB), órgão consultivo vinculado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sendo responsável pela elaboração de diretrizes para a Política Nacional para População LGBT (REIS, 2009). Importante considerar que o CT GLBT é uma estratégia do Ministério da Saúde para incluir segmentos populacionais na construção de ações em saúde e, segundo Reis (2009), foi constituído, inicialmente, por representantes dos segmentos LGBT, técnicos de diversas áreas do Ministério da Saúde, profissionais de saúde e pesquisa de instituições brasileiras.

Em 2005, o CT GLBT, durante o XII Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros, estabeleceu um assento para bissexuais e um para transexuais. Nesse mesmo período, consolidou-se o Coletivo Nacional de Transexuais (CNT), conferindo representação organizada própria a este segmento em diálogos com o Estado e com a sociedade civil (REIS, 2009).

Foi realizado, em 2006, o primeiro encontro do CT GLBT com o CNT a fim de se discutir as situações e demandas em saúde da população “trans”, em especial ao processo transexualizador no SUS (REIS, 2009). Esse encontro propunha uma ampliação dos debates sobre a transdiversidade para além das cirurgias de redesignação sexual e modificações corpóreo-hormonais, as quais não estavam incluídas na tabela de procedimentos pagos pelo SUS. Dessa forma, o princípio de integralidade do SUS, voltado para o cuidado centrado no sujeito e na gestão do cuidado em rede, foi amplamente utilizado nesse encontro (REIS, 2009). Reis (2009) comenta que esse princípio:

---

<sup>25</sup> A modificação da Sigla GLTB para LGBT foi uma decisão do movimento organizado na Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, realizada em Brasília/DF nos dias 5 a 8 de junho de 2008 (TEIXEIRA, 2009), a qual opto por adotá-la ao longo de toda essa dissertação.

“(...) se torna o alicerce principal para, na própria língua das instituições brasileiras formuladoras de ações em saúde, conversar sobre despatologização e a retirada do diagnóstico psiquiátrico como única forma de entrada de transexuais nos serviços de atendimento.” (REIS, 2009)

Além disso, a “Carta de Direitos dos Usuários do SUS” (BRASIL, 2006) embasa essas discussões ao afirmar que:

“É direito do cidadão atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes: I – Identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independente do registro civil (...).” (BRASIL, 2006)<sup>26</sup>

Somado a isso, o princípio de participação social no SUS foi sendo incorporado nas discussões dos movimentos sociais e dos pesquisadores da área, as quais resultaram na realização do “Seminário Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBTT) na Construção do SUS”, promovido pelo MS em 2007, que teve como objetivo reunir as lideranças dos diversos segmentos e aprofundar a discussão sobre a

---

<sup>26</sup> Em 2009, a “Carta de Direitos dos Usuários do SUS” foi atualizada pela Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, sendo que o trecho em destaque passa a explicitar o nome social enquanto direito de autoidentificação do usuário, independentemente do seu registro civil (BRASIL, 2009).



saúde da população LGBT brasileira (REIS, 2009). Esse seminário permitiu a vocalização das reais demandas de saúde dessa população, uma vez que a proposição de reorganização dessas demandas e da reafirmação da identidade desse movimento contou com a participação dos(as) próprios(as) usuários(as) (REIS, 2009).

Nesse fervilhar de discussões, o juiz Roger Raupp Rios, do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (Rio Grande do Sul), argumenta que a União, ao não providenciar o serviço de atendimento em saúde aos transexuais, deixando que o procedimento seja financiado, muitas vezes, pelos próprios centros de saúde que prestam o serviço de acompanhamento, viola gravemente o direito de pessoas transexuais, podendo resultar isso em “grave risco de danos irreparáveis à vida e à integridade física de cidadãos transexuais” pela não disponibilidade do atendimento (RIOS, 2007). Os argumentos principais utilizados pelo juiz são:

“2. A proibição constitucional de discriminação por motivo de sexo protege heterossexuais, homossexuais, transexuais e travestis, sempre que a sexualidade seja fator decisivo para a imposição de tratamentos desfavoráveis.

3. A proibição de discriminação por motivo de sexo compreende além da proteção contra tratamentos desfavoráveis fundados na distinção biológica entre homens e mulheres, proteção diante de tratamentos desfavoráveis decorrentes do gênero, relativos ao papel social, à imagem e às percepções culturais que se referem à masculinidade e feminilidade.

4 - O princípio da igualdade impõe a adoção de mesmo tratamento aos destinatários das medidas estatais, a menos que razões suficientes exijam diversidade de

tratamento, recaindo o ônus argumentativo sobre o cabimento da diferenciação. Não há justificativa para tratamento desfavorável a transexuais quanto ao custeio pelo SUS das cirurgias de neocolpovulvoplastia e neofaloplastia, pois (a) trata-se de prestações de saúde adequadas e necessárias para o tratamento médico do transexualismo e (b) não se pode justificar uma discriminação sexual (contra transexuais masculinos) com a invocação de outra discriminação sexual (contra transexuais femininos).

5. O direito fundamental de liberdade, diretamente relacionado com direitos fundamentais ao livre desenvolvimento da personalidade e de privacidade, concebendo os indivíduos como sujeitos de direitos ao invés de objetos de regulação alheia.” (RIOS, 2007)

Essa argumentação tem em vista que os direitos fundamentais da igualdade, da proibição de discriminação por motivo do sexo, da liberdade, do livre desenvolvimento da personalidade, da privacidade, do respeito à dignidade humana, bem como o direito à saúde, devem guiar as ações do Estado, uma vez que o binarismo de gênero é:

“(...) a concepção segundo a qual as identidades sexuais masculina e feminina correspondem a certos padrões pré-determinados, resultantes de uma série de elementos e características. Quem define esta combinação é, basicamente, a atuação combinada de duas ordens de saber e crenças: o poder que detêm os profissionais da saúde (vistos como guardiões do saber biomédico) de definir cientificamente quem é homem e quem é mulher e,

ao seu lado, a prevalência de determinadas concepções, socialmente dominantes, sobre o que é ser masculino e feminino.” (RIOS, 2007)

Segundo Reis (2009), o juiz faz uma análise das relações sociais compreendendo que vivemos em uma sociedade heteronormativa e que a transexualidade “cria disputas morais” sobre o que é ser homem e o que é ser mulher. Disputas essas que intentam o alargamento do binarismo homem-mulher, para que a rigidez das concepções pautadas nessa “natureza imutável” deixe de limitar o cuidado em saúde para a população “trans” (REIS, 2009).

Entretanto, essa decisão foi suspensa pela Ministra do Supremo Tribunal Federal, Ellen Gracie Northfleet, ao afirmar que o papel do judiciário não deve ser decidir sobre alocação de recursos do SUS.<sup>27</sup> Reis (2008) analisa que, para a ministra, o objetivo da política de saúde no Brasil seria alocar recursos com racionalidade “a fim de atingir o maior número possível de beneficiários”, sendo assim, o papel do Estado seria de atender ao maior número de indivíduos, independente dos determinantes e condicionantes sociais de saúde.

Segundo Cowan, Dembour & Wilson, (2004), pensar direito versus cultura ou, direito universalizável versus particularidade (REIS, 2009), com foco exclusivo no primeiro aspecto, resulta, geralmente, em uma negação ou rejeição do segundo, já que o reconhecimento deste implicaria na não consolidação de direitos individuais universais. Diante disso, observa-se que a ministra valoriza o pólo “universalidade”, ao compreendê-lo como maior número de beneficiários, valorizando a “igualdade formal” (REIS, 2009).

No entanto, mesmo diante desse entrave jurídico, os movimentos sociais pautados no princípio da equidade, que considera as desigualdades de situações para, assim, viabilizar a correção daquilo que a igualdade agride e propiciar aquilo que a justiça deve realizar (ELIAS, 2005; PAIM, 2006),

---

<sup>27</sup> Importante ressaltar que essa suspensão se dá por força de medida cautelar, uma vez que o processo está ainda em curso e um de seus desdobramentos será discutido mais adiante.

obtiveram um reconhecimento popular e político de suas demandas a partir da inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero na análise dos determinantes sociais em saúde, durante a 13ª CNS, em 2007 (BRASIL, 2008).

Esse novo mote no cenário de lutas pelo direito à saúde para a população “trans” culminou com a publicação de duas portarias. A primeira institui o Processo Transexualizador<sup>28</sup>, e a segunda define as Diretrizes Nacionais e Regulamentando o Processo Transexualizador no SUS<sup>29</sup>. Essas portarias ratificavam a existência do atendimento em saúde à população “trans” e estabeleciam que fossem organizadas e implantadas as ações para o Processo Transexualizador no âmbito do SUS, permitindo, de acordo com o segundo artigo da Portaria 1.707 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b):

“I - a integralidade da atenção, não restringindo nem centralizando a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização e de demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b)

É preciso reconhecer que o Processo Transexualizador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a; 2008b) é fruto dos movimentos sociais e dos pesquisadores do campo, os quais, a partir das tensionalidades relacionadas ao dispositivo da transexualidade, permitiram o reconhecimento desses indivíduos. Sendo isso evidenciado pelo primeiro considerando da portaria:

“Considerando que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores reconhecidos pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de

---

<sup>28</sup> Portaria nº. 1.707/GM publicada no DOU nº. 159, terça-feira, 19 de agosto de 2008.

<sup>29</sup> Portaria nº. 457/SAS publicada no DOU nº. 160, quarta-feira, 20 de agosto de 2008.

saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor a população GLBTT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais) a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão que violam seus direitos humanos, dentre os quais os direitos à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento da personalidade.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b)

Todavia, segundo Teixeira (2009; 2013), entre as considerações que iniciam o texto da Portaria nº. 1.707, o conceito clássico de transexualismo é recuperado, sendo, então, utilizado como fator condicionante para o acesso ao Processo Transsexualizador do SUS. Isso ocorre devido à vinculação às deliberações do CFM através da Resolução nº. 1.652, de 6 de novembro de 2002, centrada no diagnóstico (TEIXEIRA, 2009; 2013). Sendo que esse diagnóstico, segundo a Portaria nº. 457 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c), cabe à equipe multiprofissional; ou seja, a autorização ou negação da cirurgia de transgenitalização, a partir de um convencimento feito pelo(a) usuário(a) para a performance de gênero esperada, por um período mínimo de 2 anos<sup>30</sup>, está atrelada à percepção de um terceiro sobre a “livre expressão da personalidade e da vivência de cidadania”<sup>31</sup> de um sujeito “trans”, conforme evidencia a portaria:

---

<sup>30</sup> Ressalta-se que esse período mínimo de 2 anos faz referência a uma colocação arbitrária, sem fundamentação científica, por Benjamin no início dos seus estudos sobre a transexualidade na década de 40-50, nos Estados Unidos. Mesmo diante dessa arbitrariedade e dos questionamentos realizados pelos vários pesquisadores das áreas de ciências humana (BENTO, 2003; SAADEH, 2004; SILVEIRA, 2006; MURTA, 2007; TEIXEIRA, 2009; 2013; LIMA, 2010; BORBA, 2014; dentre outros), o saber-poder biomédico ainda dita as normas e orientações.

<sup>31</sup> Esses termos são utilizados por Lionço (2009) ao se referir que o poder médico ao interditar o acesso aos recursos propostos pela Portaria 1.707 (BRASIL, 2008b) nega, na verdade, o acesso às condições necessárias para a livre expressão da personalidade e da vivência da cidadania.

#### “4. INDICAÇÕES DE CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO<sup>32</sup>

A consideração da pertinência das intervenções médico-cirúrgicas deve atender aos critérios estipulados pela Resolução nº. 1.652/2002 do CFM, que determinam o prazo mínimo de 2 anos de acompanhamento terapêutico como condição para a viabilização de cirurgia, bem como a maioridade e o diagnóstico de transexualismo. Transcorridos os dois anos de acompanhamento terapêutico, caso o usuário seja diagnosticado transexual, pela equipe multiprofissional, está apto a se submeter à cirurgia de transgenitalização, o que não significa que deva necessariamente se submeter a este recurso terapêutico.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c)

A esse respeito, Teixeira (2009; 2013) e Leite Junior (2008) percebem a cirurgia como uma premiação “por e para [a pessoa] se adequar às normas do gênero”:

“O prêmio por “revelar” uma legítima “psique feminina em corpo masculino” ou vice-versa é a autorização legal para a adaptação do “sexo” do corpo com o “gênero” da mente, igual aos sujeitos “normais”. É importante ressaltar a abrangência e sutileza do poder do discurso médico em qualificar e validar normas e performatividades de gênero. Assim, são excluídas da categoria de transexual as pessoas que consideram a si mesmas como transexuais,

---

<sup>32</sup> Nesse trecho, pode-se observar a manutenção do termo “cirurgia de transgenitalização”, reforçando o poder-saber do discurso médico nos vários cenários de cuidado em saúde, a partir da ampla influência da Resolução nº. 1.652, de 6 de novembro de 2002, do CFM, mesmo diante da não utilização desse termo pela comunidade científica e pelo movimento social (TEIXEIRA, 2009).

mas que não necessariamente desejam a cirurgia de transgenitalização, nem sofrem de tendência a auto-mutilação e auto-extermínio, procurando apenas o acompanhamento terapêutico psíquico e hormonal, ou mesmo aquelas que ficam impedidas legalmente de fazer a cirurgia como uma forma – talvez artística – de “modificação corporal extrema”, sem ter nenhum tipo de problema entre sua identidade de gênero e sua fisiologia, buscando construir um outro corpo para tornarem a si mesmos um “homem com vagina” ou uma “mulher com pênis”, totalmente alheios ao discurso patologizante sobre tais desejos.” (LEITE JUNIOR, 2008)

Dessa forma, observa-se um fortalecimento do dispositivo da transexualidade a partir do discurso biomédico que mantém o poder de definir, sobre as pessoas “transexuais”, o que é necessário a elas (TEIXEIRA, 2009; 2013). Assim, pensar a materialização da integralidade do cuidado, como uma prerrogativa expressa nas portarias, se torna muitas vezes uma realidade utópica para os sujeitos, uma vez que a autonomia do sujeito ainda é uma “utopia” diante desse saber-poder.

Embora as Portarias mencionem que o Processo Transexualizador não estaria centrado na cirurgia de transgenitalização, o fluxo de encaminhamento estabelece que a não indicação da cirurgia cessaria o vínculo com a Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme expõe a Portaria nº 457 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c):

### “3. FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO

Em não se confirmando a indicação de readequação cirúrgica genital, o usuário deve dar continuidade ao tratamento clínico e ter o seu atendimento mantido no

respectivo estabelecimento de origem, independentemente do nível de atenção, e que seja o mais próximo do município e estado de residência.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c)

Como Teixeira (2009) aponta, “tudo parece organizado para a realização do procedimento cirúrgico.” Procedimento este normatizado prioritariamente para as mulheres “trans”, uma vez que os homens “trans” são referidos nas portarias, única e exclusivamente, pelo procedimento de neofalo e metoidioplastia. Sendo esse procedimento mantido em seu caráter experimental, conforme a Resolução do CFM nº 1.652/2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c). Ou seja, os demais procedimentos cirúrgicos reconhecidos para os homens “trans”, como a adenomastectomia, histerectomia ou mesmo a ooforectomia, não são mencionados e/ou considerados.

Arán (2012) e Teixeira (2009; 2013) demonstram como a Promotoria de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal, representada pelo Promotor de Justiça Diaulas Cotas Ribeiro, acata a demanda de representantes dos profissionais de saúde, integrantes dos Centros de Referência, profissionais de Ambulatórios Especializados, pesquisadores acadêmicos, representantes do Ministério da Saúde e da Secretaria de Direitos Humanos, advogados e representantes do movimento social, de questionar o CFM a respeito das proibições estabelecidas para os procedimentos nos casos dos homens transexuais. A resposta, por meio do Parecer-consulta CFM nº 8.883/09 - Parecer CFM nº 20/10 (CFM, 2010a), afirma que:

“(...) a proibição de tais procedimentos condena os transexuais a se verem impedidos de manifestar livremente a expressão de sua personalidade e solicitam que o CFM retire do caráter experimental as intervenções



cirúrgicas sobre gônadas e caracteres sexuais secundários em casos de FtM<sup>33</sup>.” (CFM, 2010a)

Edevard José de Araújo, relator desse parecer, compreendendo a questão, faz um resgate médico-jurídico dessa temática, propõe a reavaliação das resoluções de 2008 e orienta, apenas, que a neofaloplastia seja considerada um procedimento experimental, uma vez que os resultados estéticos e funcionais desse procedimento ainda são questionáveis (CFM, 2010a).

Com isso, o CFM revoga a Resolução nº 1.652/2002, do CFM, por meio da Resolução CFM nº 1.955/2010, que, ao retirar o termo “procedimento experimental”, autoriza a realização dos procedimentos sobre gônadas e caracteres sexuais secundários para os homens “trans” (CFM, 2010b). Além disso, houve a manutenção da neofaloplastia como procedimento experimental e omissão em relação à metoidioplastia; os demais artigos desta resolução são iguais à anterior.

Em 2011, o Ministério da Saúde institui no âmbito do SUS a “Política Nacional de Atenção Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”, a partir do reconhecimento da “saúde como direito de todo o cidadão”; do “acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS”; da “orientação sexual e da identidade de gênero na análise da determinação social da saúde”; da “prioridade na implantação de políticas de promoção da equidade”; da “necessidade de ampliação do acesso ao Processo Transexualizador, já instituído no âmbito do SUS”. Tendo como objetivo geral:

“(...) promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para

---

<sup>33</sup> Sigla inglesa (“female-to-male” – tradução minha: “fêmea-para-macho”) utilizada para se referir aos homens “trans”.

consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.” (BRASIL, 2011)

Diante disso, evidencia-se como o movimento social, juntamente com demais pesquisadores e profissionais da área produz questionamentos e mudança de posição, não somente daqueles que estão em locais de decisão nas esferas públicas, mas também nas outras instituições para o efetivo reconhecimento das demandas em saúde da população LGBT, culminando com uma mudança nas políticas públicas em saúde no Brasil. Há, com isso, um reconhecimento da agência e potência de uma população que sistematicamente foi colocada à margem da sociedade heteronormativa.

Além disso, evidencia-se, nessa política, a preocupação com o aprimoramento do Processo Transsexualizador pelo Ministério da Saúde, que reconhece a necessidade de desenvolvimento de estudos e apresenta como objetivos específicos dessa Política:

“Promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transsexualizador, para mulheres e homens, com vistas ao atendimento universal; e realizar estudos e pesquisas, tais como estudos populacionais, relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias, voltados às necessidades de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.” (BRASIL, 2011)

Visando responder ao compromisso assumido com o movimento social, o MS, através da SGEP, constituiu um Grupo de Trabalho que deveria ser responsável pela revisão da Portaria nº 457. Apesar dos questionamentos de Bento (2012), Teixeira (2009; 2013) e de representantes do movimento social (ARÁN, 2012), a Portaria nº 859/SAS/MS foi publicada em 30 de julho de 2013. Na Portaria, as principais modificações identificadas se referem à redução da

idade para realização da cirurgia, inclusão de atendimento para adolescentes, inclusão de tratamento para os homens transexuais, travestis e a possibilidade de credenciamento dos Ambulatórios Especializados.

Em menos de 24 horas de sua publicação, a Portaria 859/SAS/MS, que reorientava o Processo Transexualizador no SUS, é suspensa pelo MS. A argumentação principal foi sustentada pela ausência de uma linha de cuidados capaz de estabelecer os protocolos clínicos de atendimento a essa população. A argumentação do MS não seria de todo equivocada, pois, embora os serviços credenciados pela Portaria tenham se constituído a partir de 1997, nenhum deles possuía o fluxo do atendimento definido e nem linha de cuidado estabelecido, conforme identificado na pesquisa coordenada por Arán (2008)<sup>34</sup> e reafirmado por Murta (2011). Ao publicar a Portaria sem as indicações de linha cuidados, o MS reafirma a dificuldade encontrada para estabelecer consenso nessa área de atenção à saúde das pessoas transexuais.

No entanto, a partir da necessidade de responder a uma determinação judicial já apresentada anteriormente neste texto (Ação Civil Pública nº 2001.71.00.026279-9/RS), que versa sobre a implantação no SUS de cirurgias de readequação sexual, a União teria um prazo de 30 dias para editar um “ato normativo que preveja a inclusão, de modo expresso, na Tabela de Procedimentos remunerados pelo Sistema Único de Saúde, Tabela SIH-SUS, de todos os procedimentos cirúrgicos necessários para a realização da cirurgia” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Dessa forma, o MS publica a Portaria nº. 2.803, em 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Teixeira (2016), ao analisar esse contexto, pondera sua estranheza pelo acionamento dessa sentença como principal argumento para fundamentar a publicação da Portaria nº. 2.803, uma vez que a decisão judicial do Tribunal

---

<sup>34</sup> Conforme relatório apresentado ao Ministério da Saúde de pesquisa financiada pelo CNPQ intitulado: Transexualidade e Saúde Pública: acúmulos consensuais de propostas para Atenção Integral (ARÁN, et al., 2008) Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/transexualidadesaude/artigos/artigo005.pdf>>.

Regional Federal da 4ª região, RS, já era bem conhecida pelo MS. Várias audiências foram realizadas desde 2013, sendo a última datada de 25 de março de 2015, do Juiz Federal Roger Raupp Rios, que intima a União para que se manifeste sobre a petição do Ministério Público Federal no prazo de dez dias. Segundo Teixeira (2016), “o fato de ainda estar em discussão o cumprimento da sentença evidencia que nem mesmo a portaria publicada cumpriu os efeitos que anunciava.”

Pode ser lido, diante dessas constantes promessas e revisões da Portaria, sempre atreladas aos desígnios do CFM, que, por meio de suas resoluções, as quais alcançam o estatuto de lei, e que, segundo Teixeira (2016), indicando que há um processo de reconhecimento de uma cidadania a “conta-gotas”, conforme enuncia Bento (2014a):

“(...) a conquista de direitos que deveriam ser plenos, desde o primeiro momento, foi sendo legislada pouco a pouco. É como se houvesse um subtexto direcionado às/aos excluídos: calma, vamos ver o quanto você resiste e se você acredita mesmo que ‘merece’ adentrar no reino da cidadania” (BENTO, 2014a)

Somado a isso, Borba (2014), em sua tese de doutoramento a partir da análise das consultas médicas do Processo Transsexualizador, descortina a (des)aprendizagem da transexualidade e a (re)invenção do transexual verdadeiro que performa esse processo por dentro dos consultórios (BORBA, 2014). Também no Rio de Janeiro, Tenenblat (2014) resume, de forma arguta, a discussão sobre o Processo Transsexualizador:

“Como se percebe, não obstante constituir um marco de legitimação do atendimento à saúde das pessoas transexuais, o Processo Transsexualizador no âmbito do

SUS não passou de uma “gambiarra”, ancorada em relações de “favor” e “dádiva” e não num direito legítimo e inerente à cidadania.” (TENENBLAT, 2014)

Diante de todo esse movimento social e político, a pergunta que fica é: será que a população “trans” conseguiu sair do “inferno” de sua inexistência para o “paraíso” de um reconhecimento legítimo de um sujeito de direitos? e/ou será que o que temos visto é o desenvolvimento de “normas precárias para o controle de vidas precárias”<sup>35</sup>, que acabam reiterando o processo de desempoderamento<sup>36</sup> da população “trans”?

## **2.2 – HIV/aids: uma diáspora<sup>37</sup> para o reconhecimento?**

O enfrentamento da epidemia do HIV/aids, no início dos anos 80 no Brasil, permitiu o reconhecimento e a vocalização de determinadas demandas em saúde de grupos até então silenciados pela heteronormatividade (TEIXEIRA, 2009; 2013). Mas, ao mesmo tempo, esse reconhecimento pode ser entendido como um reforço do estigma, da discriminação e da negação (PARKER & AGGLETON, 2001), pelo fato de que, com o enfrentamento do HIV/aids, pelos programas de saúde e educação pública, houve um deslocamento conceitual de “fatores de risco” para “grupo de risco” (AYRES et al., 2003), uma vez que o HIV/aids foi vinculado ao “grupo LGBT” (TEIXEIRA, 2009; 2013; KRAICZIK, 2014). Segundo Schiller et al. (1994), esse conceito também gerou um processo de isolamento dos indivíduos que compunham esses “grupos”, uma vez que sua caracterização enquanto sujeitos

---

<sup>35</sup> Paráfrase à Bento (2014).

<sup>36</sup> Desempoderamento é utilizado aqui para dizer do enfraquecimento do poder de decisão de travestis e transexuais, em contextos institucionais (ELZE, 2006).

<sup>37</sup> Diáspora, nesse contexto, está sendo utilizado como um termo para se referir a (possível) “migração” da população “trans” de um local ininteligível para um local de reconhecimento, sendo isso viabilizado pelo HIV/aids.

pertencentes à categoria “risco” os colocava em situações marginais, excludentes.

Nessa perceptiva, Goffman (1988) afirma que os sujeitos estigmatizados podem ser considerados como uma pessoa “menos desejável, num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca”. Rosenberg (1995) argumenta que uma epidemia entendida como fenômeno social faz com que a sociedade reafirme determinados comportamentos sociais de acordo com alguns valores sociais. Por isso, houve, nesse período, um resgate da lógica do modelo higienista da França do século XIX, em que os “excluídos” tinham “comportamentos inadequados” e, por isto, eram responsáveis pelas doenças e epidemias. Sevalho & Castiel (1998) sinalizam, corroborando essa percepção, que essa marginalização e esse distanciamentos imposto a esses sujeitos constituíam, na verdade, “uma forma de considerá-las já doentes, e, portanto, um risco para os que não o são”.

Assim, a concepção de “grupo de risco”, juntamente com esse momento histórico, entre os anos de 1982 a 1985, foi acompanhada por uma onda moral de pânico, medo, estigma e discriminação (PARKER, 1997), o que traz à discussão o conceito elaborado por Sontag (2007) de metáforas da enfermidade. Segundo essa autora, algumas enfermidades, pela sua associação no imaginário popular com crenças tradicionais sobre a natureza moral da saúde, da enfermidade e do sofrimento humano, acabam por simbolizar muitas das ansiedades mais gerais que as pessoas têm dele (SONTAG, 2007). Assim como a peste, o câncer e a tuberculose antes dela, o HIV/aids, na percepção popular, transformou-se em uma metáfora, ou melhor dizendo, em um conjunto de metáforas e em um veículo para expressar muitos medos e ansiedades da vida moderna. Uma dessas metáforas é a visão da doença enquanto punição moral, segundo a qual as vítimas dela estariam divididas em inocentes (os que foram contaminados em transfusões de sangue, por exemplo) e culpados (usuários de drogas endovenosas, por exemplo) (SONTAG, 2007). O grande problema das metáforas do HIV/aids é que a imagem de punição moral sustentada pelos meios de comunicação e a ênfase exagerada em subculturas estigmatizadas podem impedir (e em muitos

momentos impediu) que os pacientes recebam o cuidado imediato e o tratamento médico que a que tem direito.

Ao se articularem os crescentes movimentos sociais, os princípios e diretrizes que marcaram, ainda que com dificuldade de implantação, uma mudança de sistema de saúde no Brasil, e o início do processo de redemocratização, na década de 80, foi construído o pano de fundo para que os sujeitos dessa história dessem início à construção da política de enfrentamento ao HIV/aids no país. Em 1987 a Divisão Nacional de Controle à AIDS (mais tarde denominado Programa Nacional de DST/Aids) ressaltava:

“A política de saúde, proposta pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, prevê a unificação do sistema, bem como estadualização e municipalização dos serviços, universalização do atendimento, partindo do princípio de que a saúde é um dever do Estado e direito do cidadão, e manifestava: É neste contexto geral que a Divisão vai procurar trabalhar as ações preventivas e controle da infecção pelo HIV”. (MARQUES, 2002)

Nesse período, com o isolamento do agente etiológico do HIV/aids e com a compreensão de seu caráter transmissível, o conceito de “grupo de risco” entra em franco processo de crítica (AYRES et al., 2003). Com isso, começam a se desenvolver as primeiras estratégias de redução de riscos baseadas, por exemplo, na difusão de orientações, testagem e aconselhamento. Importante observar que há, aqui, uma incorporação dos conceitos de “comportamento de risco”, que tende a retirar o peso do estigma relacionado aos grupos nos quais a epidemia foi inicialmente identificada e levando ao indivíduo à capacidade de prevenção. No entanto, essa estratégia tem uma tendência de culpabilizar os sujeitos, uma vez que, quando o comportamento do indivíduo é trazido para o centro da discussão, a

consequência é que se atribua a infecção à sua “displicência individual”, ao seu modo “irresponsável de levar a vida”, à eventual “falha da prevenção” (SEVALHO & CASTIEL, 1998; AYRES et al., 2003).

Esse aspecto foi tão amplamente difundido pela mídia e pelos programas de prevenção que, para a população “trans”, principalmente para as travestis, a infecção pelo HIV/aids deixou de ser um risco para ser um destino inescapável (TEIXEIRA et al., 2011), a partir de suas performances de realidade (BUTLER, 2004). Pelúcio (2007), em sua tese de doutoramento, exemplifica essa questão ao identificar uma performance de parentesco, através da linguagem, com o HIV/aids, demonstrando a relação inevitável:

“Entre as travestis, a aids pode ser silenciada e, até mesmo, negada, sendo quase um tema tabu, sobre o qual se calam, tornando-o impronunciável. Talvez por isso, entre elas, a aids tenha recebido nomes carinhosos: “*tia Lil*”, ou simplesmente “*tia*” (denotando parentesco, afinidade, alguém mais velho que cuida); “*babadinho*”, “*bichinho*”.” (PELÚCIO, 2007)

Segundo Teixeira et al. (2011), embora a travesti pudesse ser posicionada como sujeito “desacreditável” (GOFFMAN, 1988), ao nomear o HIV/aids como “tia”, enunciando seu caráter obrigatório, a posiciona inexoravelmente no lugar de sujeito “desacreditado”<sup>38</sup>. Essa mudança do sujeito “desacreditável” para o sujeito “desacreditado” evidencia a relação

---

<sup>38</sup> Segundo Goffman (1988), quem porta um estigma está inabilitado para uma aceitação social plena; este seria um traço que poderia se impor e afastar os outros atributos da pessoa. Para o autor, o estigma pode apresentar-se em uma dupla perspectiva: a primeira, quando a característica que distingue o estigmatizado é conhecida ou imediatamente evidente, posicionando o indivíduo como “desacreditado”; e a segunda, quando a característica que distingue o estigmatizado não é conhecida nem imediatamente perceptível, posicionando o indivíduo como “desacreditável”. Passar da categoria indivíduo “desacreditável” para a “desacreditado” pode tornar a vida do sujeito insuportável.



inexorável entre travesti-prostituição-aids e a naturalização do estigma relacionado ao HIV/aids.

Diante dessas questões e das críticas aos modelos preventistas de culpabilização do sujeito, as agências governamentais começaram a desenvolver estratégias de prevenção pautadas no conceito de empoderamento (AYRES et al., 2003). Esse conceito pode ser entendido, nesse contexto, como:

“(...) um construto que liga forças e competências individuais, sistemas naturais de ajuda e comportamentos proativos com políticas e mudanças sociais.” (PERKINS & ZIMMERMAN, 1995).

Dessa forma, a noção de empoderamento, em sua conotação política emancipatória, se aproxima da compreensão de autonomia, ao passo que os sujeitos, organizações e comunidades alcançam recursos que lhes permitam ter voz, visibilidade, influência e capacidade de ação e decisão (HOROCHOVSKI & MEIRELLES, 2007). Diante dessa nova estratégia, Ayres et al. (2003) informam que o relatório da Conferência Internacional de Aids de Vancouver, em 1996, aponta que “programas com uma abordagem não restrita ao HIV tem se mostrado cada vez mais sustentáveis”. O conceito de vulnerabilidade emerge nesse relatório e nesse cenário de discussões, e o termo vulnerabilidade deixa de ser entendido como algo restritamente relacionado ao indivíduo para ser compreendida em três dimensões: individual, social e programático (AYRES et al, 2003). Com isso, vulnerabilidade pode ser definida como:

“(...) movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior

suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos”. (AYRES et al., 2003)

No entanto, esse conceito muitas vezes fica restrito à dimensão individual, sendo isso exemplificado pelo guia intitulado “Direitos Humanos, Saúde e HIV”, publicado pela ONU (2006), que tem por objetivo promover ações estratégicas para combater a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. De acordo com o mesmo, o Brasil, apesar de ser considerado um país modelo, devido ao seu programa de prevenção e tratamento de doenças como o HIV/aids, ainda tem dados que demonstram que entre 25% e 35% da população atingida pelo HIV/aids se insere em segmentos LGBT, e a população “trans” registra os piores dados de incidência do vírus e mortalidade relacionada a ele, assim como sofrimento de violências e outras doenças (REIS, 2009).

Segundo relatório divulgado em julho de 2014 pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids (UNAIDS), observa-se um declínio significativo no número de casos novos de infecção pelo vírus HIV na maioria dos países, tendo uma redução de 38% de novos casos ao se comparar o ano de 2013 ao ano de 2001 (UNAIDS, 2014). Para Luiz Loures, diretor-executivo da UNAIDS, essa redução se deve principalmente à redução de novos casos ocorrida em países mais afetados, como no caso da África do Sul, que apresentou uma redução de 39% (UNAIDS, 2014). Na América Latina e Caribe, o mesmo relatório evidencia uma redução de aproximadamente 3% em novas infecções entre 2005 e 2013. Esse índice varia de país para país. O Peru, por exemplo, registrou queda de 29%, enquanto que, no Brasil, houve um aumento de 11%. Segundo o Boletim Epidemiológico de AIDS e DSTs do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b), há uma elevação na taxa de detecção de Aids de cerca de 2%, mas com diferenças importantes entre cada região brasileira. Nas regiões sul e sudeste do Brasil, no período de 2003 a 2012, por exemplo, observa-se uma redução nessa taxa de detecção de cerca

de 0,3% e 18,6%, respectivamente, enquanto que, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste há um aumento de 92,7%, 62,6% e 6,0%, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). Entretanto, segundo o último Boletim Epidemiológico de AIDS e DST do Ministério da Saúde (2015), a taxa de detecção no Brasil, nos últimos 10 anos, tem apresentado uma estabilização, mesmo com um aumento no número de casos nas mesmas regiões citadas em 2013, e um aumento significativo do percentual de casos novos entre homens jovens, entre 15-19 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Mesmo diante dessas informações sobre o aumento ou estabilização na detecção de casos no Brasil, o que chama a atenção é o destaque dado ao perfil da epidemia brasileira:

“O Boletim não deixa dúvidas sobre o tipo de epidemia brasileira, concentrada em populações-chave que respondem pela maioria de casos novos do HIV em todo país, como gays e homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais, pessoas que usam drogas e profissionais do sexo.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Além disso, estudos recentes demonstram que a prevalência do HIV na população geral da América Latina e Caribe é de 0,4-0,6% (HANKINS, 2013; GARCÍA et al, 2014), tendo uma prevalência maior entre Homens que Fazem Sexo com outros Homens (HSH) e “transexuais femininos” – 10,6% e 17,7% respectivamente (GARCÍA et al, 2014). Dados do MS revelam, ainda, uma tendência de aumento da prevalência entre indivíduos mais jovens, principalmente entre HSH jovens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). Isso está de acordo com os dados do Relatório GAP da UNAIDS (2014), que revelam que pelo menos um terço das novas infecções pelo HIV ocorre em indivíduos com idade entre 19-24 anos, configurando uma “nova onda” da epidemia. Além disso, podemos considerar que, na América Latina, a população “trans”, principalmente as travestis, é a mais atingida pelo HIV/aids, tendo uma

prevalência estimada de 49 vezes mais elevada que na população geral (UNAIDS, 2014).

Esses dados epidemiológicos podem indicar, de maneira implícita, o resgate do conceito de “grupo de risco”, ao se observar que o texto oficial do MS, Boletim Epidemiológico de AIDS e DST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), traz o termo “população-chave” para se pensar a epidemia do HIV/aids. Além disso, Reis (2009) exemplifica essa percepção ao questionar os profissionais da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS, em sua dissertação, que entendiam que o conceito de vulnerabilidade tinha uma íntima relação com os indivíduos/grupos com uma alta taxa de contaminação pelo HIV/aids. Ou seja, somente o componente individual do conceito de vulnerabilidade foi acionado e problematizado enquanto mantenedor do HIV/aids. Isso configura uma “forma contemporânea de opressão”, descrita por Reis (2009) e reiterada por Kraiczik (2014), ao problematizar o fortalecimento da vulnerabilidade pelas práticas preventivas que desconsideram a especificidade, a integridade, a dignidade e a autonomia da população “trans”, bem como a necessidade da obrigatoriedade do Estado no enfrentamento da vulnerabilidade relacionada ao estigma e à discriminação. Kraiczik (2014) evidencia, nesse sentido, que o poder-saber deste discurso biomédico da compreensão de que a vulnerabilidade tem como principal componente estruturante a responsabilização única e exclusiva do sujeito/grupo, resultando na (re)produção de uma verdade discursiva, inclusive pelos próprios sujeitos em questão, de que o HIV/aids é uma “condição *a priori*” da travestilidade. Ou seja, a publicização de informações não sustentadas pela análise de todos os componentes do conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres et al. (2003) pode exemplificar o que Foucault (1994) problematizou como a “história do pensamento como história da verdade”.

O que se identifica na discussão HIV/aids-vulnerabilidade é que o termo vulnerabilidade pode ser considerado ora com uma função substantiva ora com uma função adjetiva (KRAICZIK, 2014). Na função adjetiva, reconhece-se a vulnerabilidade a partir das situações vivenciadas pelo sujeito, ressaltando, de uma maneira mais evidente, o papel do Estado na redução dessas situações,

aproximando-se, com isso, da percepção de que a vulnerabilidade só existe na ineficiência de ações do Estado para com os seus cidadãos (FASSIN, 1996; 2012). Nessa função, os indivíduos são considerados “vítimas” e por isso merecem uma proteção do Estado (FASSIN, 1996; 2012; JUNGES, 2007; KRAICZIK, 2014). Isso pode ser exemplificado pela incorporação das mulheres “transexuais” ao Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia do HIV, em 2007, integrando as ações da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, através do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, em 2008 (KRAICZIK, 2014). o reconhecimento das mulheres “transexuais” enquanto pertencentes ao gênero feminino permitiu a elas ocuparem um espaço desigual, inferior, de poder em relação ao gênero masculino, podendo, assim, serem consideradas “vítimas” e merecedoras de uma “proteção Estatal”.

Para a maioria dos pesquisadores, as travestis têm sua identidade reconhecida na relação entre travesti-prostituição-HIV/aids (AMARAL et al., 2014; TEIXEIRA et al., 2016). Mesmo diante da busca por problematizar o cuidado às travestis para além dessa relação, esbarra-se nas questões do estigma que esses indivíduos carregam, sendo colocados sistematicamente à margem da sociedade, considerados “indesejáveis”, “pessoas menos pessoas” (AGIER, 2011), não aptas ao alcance de direitos (WEINTRAUB & VASCONCELLOS, 2013). Assim, o reconhecimento deles enquanto pessoas passíveis de existência ocorre somente pelo processo de “cidadanização”, ou seja, a construção da cidadania ocorre a partir de interesses estatais epidemiológicos e dos efeitos normalizadores no campo das “homossexualidades” (PELÚCIO & MISKOLCI, 2009). Essa análise exemplifica a função substantiva do conceito de vulnerabilidade, que atribui aos indivíduos a responsabilidade pela sua condição, resgatando a noção de “desvio” dos códigos normativos (CANGUILHEM, 2002), de um “comportamento de risco”.

Nessa perspectiva, a epidemia do HIV/aids, ainda que produzisse visibilidade para as travestis, pode ser considerada uma forma de colonização de populações “exóticas” e distantes, como a população “trans”, principalmente as travestis, e seu propósito é submetê-las, subordiná-las, aos padrões

dominantes (SEVALHO & CASTIEL, 1998), padrões heteronormativos, com um comportamento dito “não desviante”. Assim, pensar o HIV/aids no contexto da população “trans” é pensar o saber-poder biomédico que regulamenta/normatiza os corpos e comportamentos, limitando a potência de vida. Com isso, a busca por um cuidado integral em saúde, legitimado pelas políticas públicas, com empoderamento dos sujeitos, só será possível a partir da ruptura da concepção dicotômica do “certo” e “errado”, “normal” e “patológico”, “vítima” e “culpado”.

Buscando superar o estigma relacionado ao HIV/aids e à exclusão social, o MS, por meio de editais públicos do Departamento de DST/aids e Hepatites Virais (DDAH), desde 1992, tem apoiado a organização do “Encontro Nacional de Travestis e Transexuais na Luta contra a Aids (ENTLAIDS)”, que tem como objetivo enfrentar a epidemia do HIV/aids a partir do empoderamento dos sujeitos, do fortalecimento de militância e formação de consciência política capaz de fazer frente ao estigma e à exclusão social (PERES, 2005; KRAICZIK, 2014). Segundo o “Relatório Final do XIX ENTLAIDS” (2012):

“O ENTLAIDS é um espaço de discussão nacional para a abordagem de questões relacionadas à saúde integral, à prevenção das DST/HIV e Hepatites Virais e aos direitos humanos, sendo seus eixos programáticos focalizados na exposição de informações atualizadas, na identificação de prioridades do coletivo de representantes da população Trans do país e no intercâmbio de experiências desenvolvidas por lideranças e/ou instituições Trans. Os resultados dos trabalhos desenvolvidos no evento são base para a tomada de decisão coletiva sobre diferentes temas e/ou estratégias, subsidiando também o fortalecimento técnico das principais lideranças Trans do país e, conseqüentemente, o aprimoramento da atuação e trajetória deste movimento. O caráter nacional desse

Encontro estimula a realização de atividades paralelas envolvendo as principais lideranças Trans do país em questões multidisciplinares, tais como o fortalecimento e/ou reestruturação da rede Trans; a identificação de lideranças Trans para representar o movimento em diferentes instâncias consultivas e/ou deliberativas; e, resoluções e/ou planejamento de atividades da diretoria da ANTRA<sup>39</sup>, entre outros.” (RELATÓRIO FINAL - XIX ENTLAIDS, 2012)

No entanto, conforme apontam Teixeira (2009; 2013), Peres & Toledo (2011) e Kraiczik (2014), apesar do objetivo central desse evento, conforme expresso em seu nome, estar relacionado ao HIV/aids, os debates concentravam-se em torno da insuficiente garantia dos direitos humanos, problematizando, por exemplo, a efetividade dos princípios e diretrizes do SUS para a população “trans” como forma de superação do preconceito e da discriminação. Por outro lado, a menor discussão das vivências relacionadas ao HIV/aids pode refletir o “temor pela culpabilização/responsabilização individualizada relacionada à infecção pelo HIV/AIDS” (KRAICZIK, 2014). Ressaltando-se, com isso, a pouca capilaridade que as estratégias do MS alcançaram nessa população (TEIXEIRA et al., 2016).

Nesse sentido, embora haja a inserção da temática dos direitos humanos e a ampliação do conceito de vulnerabilidade na agenda do setor saúde, buscando o desenvolvimento de políticas públicas equitativas, como a “Política Nacional de Atenção Integral a LGBT” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), para promover a potência e os projetos de vida da população “trans”, ainda assim o HIV/aids permanece como maior preocupação para os pesquisadores biomédicos desse setor e define, principalmente, o universo das travestis. Esta questão pode ser observada pelo grande interesse dos pesquisadores biomédicos (GRANT et al., 2010; MARCUS et al., 2013;

---

<sup>39</sup> Articulação Nacional das Travestis, Transexuais e Transgêneros do Brasil.

MARTINS et al., 2013; GRANT et al., 2014; LIPPMAN et al., 2014; LIU et al., 2014; SOLOMON et al., 2014) na testagem de medicamentos de tratamento/prevenção do HIV/aids na população “trans”, em especial, às travestis, principalmente, mantendo a mesma prática identificada por Hélio Silva (1993), nas “calçadas de prostituição”. É como se essas preocupações em torno da prevenção já fossem direcionadas para os sujeitos com HIV/aids, caracterizando uma busca por um diagnóstico precoce e evidenciando o cunho secundário<sup>40</sup> dessa prática de prevenção, a qual considera inexoravelmente, como elemento fundante da “evolução natural da doença” HIV/aids, as “calçadas de prostituição”. Por isso, a prevenção primária<sup>41</sup> e a promoção<sup>42</sup> em saúde são práticas não legítimas para esses sujeitos, uma vez que, antecipadamente, os considerada como “doentes” e, com isto, sua “reabilitação”/“reinsersão social”/“reconhecimento social” só é possível pelo tratamento do HIV/aids, reiterando o processo de “sidadanização”.

### 2.3 – Acessando a acessibilidade

A partir da institucionalização do Processo Transexualizador no SUS, marcado pelo saber-poder biomédico, o direito à saúde para essa população foi sendo configurado. No entanto, devido à transfobia<sup>43</sup>, discriminação e

---

<sup>40</sup> Segundo Almeida (2005), a prevenção secundária ou de cunho secundário, nesse caso, pode ser compreendida como práticas em saúde que têm como objetivo, basicamente, o diagnóstico precoce de condições de doença ainda em sua fase assintomática, pressupondo o conhecimento prévio da história natural dessa doença, para que haja, de fato, um período de detecção precoce.

<sup>41</sup> Entende-se como prevenção primária as práticas em saúde direcionadas para a redução da incidência de determinados agravos em saúde, controlando os fatores de risco (ALMEIDA, 2005) e correspondendo, assim, às ações desenvolvidas no período pré patogênese (LEAVELL & CLARK, 1976).

<sup>42</sup> Segundo a Carta de Ottawa (1986), a promoção pode ser entendida como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>.

<sup>43</sup> O termo transfobia refere-se aos atos que geram a desqualificação de seres humanos por meio de relações de humilhação e justificação da violência, a partir da condição “trans” (TORRES, 2010). A “síndrome do cotovelo” exemplifica essa situação, que ocorre quando uma travesti chega a um serviço de saúde, e todos começam a se acotovelar, apontando a chegada de uma “estranha” (KRAICZYK, 2014).



estigmatização, o acesso à saúde para travestis e transexuais é mais “dramático” (BRITO et al., 2009; MELLO et al., 2011). Para compreender os problemas relacionados ao acesso e à acessibilidade relacionados a essa população e as propostas de superação dessas situações, faz-se necessário elucidar os conceitos de acesso e acessibilidade.

Segundo Starfield (2002), “acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade”, sendo a acessibilidade definida como as “características de oferta” de serviços de saúde, ou seja, “o que faz possível o contato com os serviços de saúde”. Donabedian (2003) acrescenta ao conceito de acesso a ideia de não o restringir à entrada nos serviços de saúde. Sousa (2007; 2008) compreende o acesso como:

“(...) a inter-relação estabelecida entre os indivíduos, famílias e comunidades, gestores e equipes (...) permeada pelo vínculo e pela corresponsabilidade, num exercício permanente de geração de oportunidades e capacidades entre os sujeitos nos processos de cuidar da saúde-doença-morte como expressões de respeito, autonomia e participação.” (SOUSA, 2007; 2008)

Dessa forma, a acessibilidade se constrói entre a oferta de serviços de saúde e a população que os utiliza. Nessa relação, podem-se entrepor alguns obstáculos, que podem ser, por exemplo, de ordem sócio-organizativa (STARFIELD, 2004) e/ou simbólica (COMES, 2007), limitando a acessibilidade e o acesso.

No caso da saúde “trans” específica, o primeiro obstáculo em saúde se refere à própria acessibilidade, à oferta de serviços em saúde, que, segundo Mello et al. (2011), tem como porta de entrada principal para essa população os centros especializados no tratamento do HIV/aids e os pronto-atendimentos médicos. Essas portas de entrada podem ser entendidas como barreiras sócio-

organizacionais e simbólicas por retratarem a vivacidade do estigma que essa população tem, uma vez que o primeiro lugar de reconhecimento enquanto potência de cuidado está relacionado ao HIV/aids. Ou seja, para o setor saúde, a relação população “trans”-HIV/aids ainda pode ser lida como implacável, conforme debatido anteriormente. No entanto, as mortes decorrentes dos processos de adoecimento relacionados ao HIV/aids são muitas vezes silenciadas, porque evidenciam a falta de uma estratégia eficaz para lidar com a questão do HIV/aids (TEIXEIRA et al, 2016).

Já nos pronto-atendimentos médicos, são observados atendimentos de pacientes “trans” vitimizados(as) por violência física<sup>44</sup> (MELLO et al, 2011). Sendo que, segundo Teixeira et al. (2016), as mortes decorrentes de violências físicas, dos homicídios, quase sempre são marcados por requintes de crueldade. Tais características foram descritas como “morte ritualizada”, por Bento (2014), e continuam sendo publicizadas e “lamentadas”. No entanto, essas mediações, realizadas exclusivamente por algumas ONGs, são também apontadas no gênero masculino, sendo por isso consideradas como vítimas de homofobia<sup>45</sup> (BENTO, 2014b).

Bento (2014b), na resenha para o Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM) em que analisa essa questão a partir do relatório da ONG “Internacional Transgender Europe”, afirma que o Brasil é o país onde mais ocorrem assassinatos de travestis e transexuais em todo o mundo, e sugere nomear os assassinatos contra a população “trans” como transfeminicídio, destacando a motivação de gênero nesses atos. Para a autora, o transfeminicídio pode ser considerado como uma “política

---

<sup>44</sup> Segundo a pesquisa da Secretaria de Direitos Humanos, no Brasil, as travestis constituem o grupo de pessoas que mais sofre violência entre a população LGBT. Disponível em: <<http://gplaneta.blogspot.com>>.

<sup>45</sup> Bento (2014b) aponta que o feminino representa aquilo que é desvalorizado socialmente, e quando este feminino é performado em corpos que nasceram com pênis, principalmente, gera um “transbordamento da consciência coletiva”, visto que “não existe aparato conceitual, linguístico que justifica a existência das pessoas trans”. Assim, observa-se que há algo de poluidor e contaminar no feminino, com diversos graus de exclusão, exemplificados, por exemplo, pelo fato de que mesmo entre os gays, a violência mais cruenta ocorre contra aqueles que “performatizam uma estilística corporal mais próxima do feminino” (BENTO, 2014b). Disponível em: <[http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Transfeminicidio\\_Berenice\\_Bento.pdf](http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Transfeminicidio_Berenice_Bento.pdf)>.

disseminada, intencional e sistemática de eliminação da população trans no Brasil, motivada pelo ódio e nojo”, sendo essa “eliminação” ocultada (BENTO, 2014b), pois sua morte é considerada pelo gênero de nascimento (BENTO, 2014b; TEIXEIRA et al, 2016), não enfatizando a dimensão de gênero envolvida nesses atos. Assim, Bento (2014b) conclui que a principal função social desses atos violentos é a “espetacularização exemplar”, contribuindo para a “coesão e reprodução da lei de gênero que define que somos o que nossas genitálias determinam”, por isso esses modelos de párias, de não heróis, são considerados como seres abjetos, que “não devem habitar a nação”.

Buscando reduzir essas invisibilidades das violências cometidas contra a população “trans”, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, em 2013, reforçando as comemorações do “Dia da “Visibilidade Trans”, lança a campanha de combate à violência contra travestis e transexuais com o seguinte slogan: “Travesti que se cuida, denuncia” (KRAICZIK, 2014). A campanha tem como principal objetivo divulgar o “Disque 100”<sup>46</sup>, entendendo ser esta uma possibilidade de denunciar as violências cotidianas sofridas por esses sujeitos.

Além disso, a Secretaria de Vigilância em Saúde do MS vem disponibilizando, desde outubro de 2014, uma nova versão de Ficha de Notificação Individual de Interpessoal/Autoprovocada que contém campos que buscam reconhecer a autonomia identitária de gênero e de orientação sexual<sup>47</sup>. Nesse mesmo ano, o Alto Comissariado de Direitos Humanos da ONU, em parceria com a UNAIDS Brasil, lança a campanha “Livres e Iguais”, com a

---

<sup>46</sup> O Disque Direitos Humanos, ou “Disque 100”, é um serviço vinculado à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Trata-se de uma ouvidoria pública que objetiva estabelecer uma via de cooperação e convênios com órgãos públicos ou organizações da sociedade para o fortalecimento da rede de proteção e defesa dos direitos humanos, organizando os fluxos de encaminhamentos, procedimentos de acolhida, atendimento e monitoramento das denúncias. Para maiores informações: <<http://www.sdh.gov.br/disque-direitos-humanos/disque-direitos-humanos>>.

<sup>47</sup> Na versão do SINAN 5.0, foram incluídos os seguintes campos: “campo 31 – nome social; campo 34 – orientação sexual; campo 35 – identidade de gênero”. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15887&catid=197&Itemid=250](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15887&catid=197&Itemid=250)>.

publicização do documento intitulado “Nascidos livres e iguais – orientação sexual e identidade de gênero no Regime Internacional de Direitos Humanos” (ONU, 2013)<sup>48</sup>, para estimular os Estados para a concretização de recomendações dirigidas para o fortalecimento e proteção dos direitos humanos da população LGBT. O referido documento traz como uma de suas recomendações:

“Os Estados têm a obrigação de aprovar legislação que proíba a discriminação por grupos privados, inclusive através de leis criminais contra o ódio que abranjam a violência homofóbica e transfóbica. (...) O Estado membro deve garantir que todas as alegações de ataques e ameaças contra indivíduos devido a sua orientação sexual ou identidade de gênero sejam completamente investigadas. Deve também (...) reformar o código penal para definir o discurso de ódio e crimes de ódio em razão da orientação sexual ou identidade de gênero entre as categorias de infrações puníveis, além de intensificar atividades de conscientização visando à força policial e ao público em geral.” (ONU, 2013).

Entretanto, a esse respeito o que se observa na sociedade brasileira e nos poderes legislativo e executivo é um silenciamento dessa demanda e, segundo Bento (2014b), um contínuo processo de “esvaziamento e apagamento” das pessoas “trans”. Identifica-se isso, por exemplo, pela ausência de legislação específica no Brasil. Poder-se-ia pensar, inicialmente, que isso ocorre devido a uma orientação internacional recente. No entanto, em 2001, a então Deputada Federal Iara Bernardi, PT-SP, propõe o Projeto de Lei

---

<sup>48</sup> Ressalta-se que esse documento foi inicialmente publicado em 2012, nos EUA, sendo traduzido para o idioma português em 2013 e divulgado no Brasil, somente, em 2014.

(PL) 122<sup>49</sup>, que incluiria na Lei do Racismo a penalização de até 05 anos de prisão para os casos de discriminação e/ou preconceito motivados por gênero, sexo, orientação sexual e identidade de gênero<sup>50</sup>. Após cinco anos de tramitação, ele foi aprovado pela Câmara dos Deputados Federais, mas, ao chegar ao Senado Federal, ele não avançou devido, segundo seus relatores, à bancada conservadora religiosa e ao fato de ser considerado um projeto “exagero” de proteção. Em dezembro de 2014, mesmo diante do cenário nacional e internacional a esse respeito e do parecer favorável do relator Deputado Federal Paulo Paim, em 2013, esse projeto de lei é então arquivado com a prerrogativa de apensamento ao PL 236, de reformulação do Código Penal. Segundo Kraiczik (2014):

“(...) o crime em razão da homofobia não será mais discutido isoladamente, mas incorporado às discussões do Código Penal, o que pode enfraquecer o necessário debate sobre este tipo de crime pela falta de respaldo jurídico, uma vez que, (...), a punição nos casos de outros tipos de preconceitos, como o racismo, incide de forma muito mais rápida devido ao suporte jurídico, o que não acontece nos casos de homo/transfobia ainda percebidos pela população em geral com certa naturalidade.” (KRAICZIK, 2014)

---

<sup>49</sup> Disponível em: < <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/79604>>.

<sup>50</sup> No Estado de São Paulo, em 2001, foi aprovada a Lei nº 10.948, que dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual, incluindo as questões relacionadas à transfobia. No entanto, segundo Dimitri Sales, ex-coordenador de Políticas para a Diversidade Sexual da Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo, em entrevista a Thiago Teixeira Sabatine do Observatório de Segurança Pública da UNESO - OSP, há um grande desconhecimento por parte da população acerca dessa legislação, o que, em sua análise, “dificulta a garantia de novos direitos e o combate à homofobia”. Disponível em: < <http://www.observatoriodesegurancaorg/entrevistas/dimitri>>.

Além disso, na tentativa de tornar mínimos os efeitos da violência, no âmbito doméstico, para a população “trans”, principalmente para as mulheres, e assim assegurar a sua proteção física e integridade pessoal, em 2011, a juíza Ana Cláudia Veloso Magalhães, à época da 1ª Vara Criminal de Anápolis, em Goiás, utilizou a Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) como aparato jurídico para a proteção de uma mulher “trans” vítima de violência doméstica. Segundo essa juíza:

“(... ) o verdadeiro objetivo da Lei Maria da Penha é prevenir, punir e erradicar a violência doméstica e familiar contra a mulher, não por razão do sexo, mas em virtude do gênero.” (GOIÁS, 2011)

Dessa forma, em agosto de 2014, o Conselho Regional de Psicologia da 16ª Região e membros de movimentos sociais de todo o país solicitam à Comissão Especial da Diversidade Sexual do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil um posicionamento sobre a aplicabilidade da Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) aos casos de violência doméstica contra transexuais e travestis. A esse pedido, a referida Comissão se posicionou favoravelmente, entendendo que:

“Se é certo que a mulher foi e ainda é discriminada em razão de um estereótipo de inferioridade, não menos certa é a situação de vulnerabilidade suportada por transexuais e travestis, minorias alvo de agressões, preconceito e constantemente relegada à invisibilidade estatal.

A Lei Maria da Penha não cria qualquer restrição às transexuais e travestis, tampouco exige prévia retificação do registro civil ou cirurgia de adequação de sexo, e onde a lei não restringe, não cabe ao intérprete fazê-lo.

Estabelecida proteção da mulher como gênero, e não como sexo, mostra-se plenamente aplicável à violência doméstica praticada contra transexuais e travestis do gênero feminino.” (OAB, 2014)

Diante desse posicionamento e da articulação política para suprimir a discussão da PL 122, a então Deputada Federal Jandira Feghali, PCdoB, propõe ao Congresso Nacional, em outubro de 2014, o PL 8.032/14, buscando ampliar a proteção de que trata Lei nº 11.340/2006 para as mulheres “trans” e garantir uma efetiva proteção jurídica para essas mulheres. Em agosto de 2015, o PL 8.032/2014 recebeu parecer favorável da relatora Deputada Federal Dorinha Seabra Rezende da Comissão de Direitos Humanos e Minorias (CDHM) da Câmara dos Deputados Federais, aguardando, agora, sua pauta na CDHM. Entretanto, conforme entrevista da Deputada Federal Jandira Feghali ao Jornal “El país”<sup>51</sup>, em 31 de Agosto de 2015, haverá um grande enfrentamento para aprovação dessa proposta uma vez que o “quadro é muito adverso para esse tipo de pauta na Câmara hoje”, considerando a formação predominantemente conservadora da Câmara.

#### **2.4 – Nome: da precariedade e gambiarra legal<sup>52</sup> para uma possibilidade de cidadania**

A violência que a população “trans” vivencia é agravada também pela dificuldade que os setores de assistência em saúde e assistência jurídica têm em compreenderem a “incongruência” aparente entre nome civil, que tem uma íntima relação com a genitália, e o comportamento do sujeito, relacionado a sua identidade (RIBEIRO & TEIXEIRA, 2015). Ou seja:

---

<sup>51</sup> Disponível em: <[http://brasil.elpais.com/brasil/2015/08/28/politica/1440785949\\_845355.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2015/08/28/politica/1440785949_845355.html)>.

<sup>52</sup> Referência ao texto de Bento (2014c) intitulado “Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal”. Disponível em: < <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/197>>.

“(...) o entrave para a adequação social do nome é o sexo jurídico, aquele definido na certidão de nascimento, no momento em que o registro e a escolha do nome da criança é uma prerrogativa dos pais.” (RIBEIRO & TEIXEIRA, 2015)

Segundo Ribeiro & Teixeira (2015), as disputas teóricas relacionadas à natureza jurídica do nome perpassam por três teorias: a Teoria do Direito de Propriedade, a Teoria do Nome-Obrigação e Instituição de Polícia Civil e a Teoria do Nome como um Direito de Personalidade. Segundo a primeira teoria, o nome seria “objeto de um direito de propriedade: o nome próprio, como elemento individualizador do seu titular, objeto de propriedade singular e os apelidos [sobrenome], como elementos de ligação familiar, objeto de propriedade familiar, uma espécie de propriedade coletiva” (RIBEIRO & TEIXEIRA, 2015). Segundo De Carvalho (1989), na Teoria do Nome-Obrigação e Instituição de Polícia Civil há uma “obrigatoriedade da imposição do nome” e “imodificabilidade do seu conteúdo”, para que não haja a “confusão” entre os indivíduos, ou seja, “sustenta-se que o nome se equipara a um número de matrícula, a uma etiqueta que tem por objeto assinar o lugar de cada um na sociedade”. Já para a terceira teoria, Nome como um Direito de Personalidade, o nome é considerado como um direito, não como uma obrigação, desconstruindo a premissa de que “o Estado impõe ao cidadão a obrigação de ter e manter um nome para atender ao interesse público” (RIBEIRO & TEIXEIRA, 2015).

A partir dessas teorias, observa-se que a identificação do sujeito, a partir dos órgãos públicos e das legislações do Estado, compreende mais uma barreira para a acessibilidade da população “trans”, visto que seu reconhecimento social está subordinado às decisões de outros sobre a autoidentificação de um sujeito. A partir de 2002, alguns juristas, compreendendo o nome enquanto direito de personalidade, consideraram a



possibilidade de retificação do registro/nome civil para as travestis e os(as) transexuais<sup>53</sup>. Carlos Frederico Maroja de Medeiros, Juiz de Direito Substituto, destaca que a partir do art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, há o reconhecimento fundamental da dignidade da pessoa humana e da inviolabilidade da sua intimidade (SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL - STJDF, 2008). Esse juiz compreendeu que a não mudança do registro/nome civil configuraria uma persistência da violação da intimidade das pessoas “trans”, ofendendo um direito fundamental. Junto a isso, a Lei de Registros Públicos (Lei nº 6.015/73), em seu artigo 58 e artigo 55, faculta a substituição do prenome por apelidos públicos notórios e proíbe a adoção de nome que exponha a pessoa a ridículo (BRASIL, 1973). Assim, a manutenção do nome do registro civil poderia configurar uma exposição ao ridículo, infringindo mais um direito do sujeito (STJDF, 2008; RIBEIRO & TEIXEIRA, 2015).

Entretanto, segundo Ribeiro & Teixeira (2015), essa flexibilização facilitou/permitiu que o Poder Judiciário e o Ministério Público admitissem mudanças nos prenomes da população “trans”<sup>54</sup>, mas, na maior parte das vezes, isso esteve vinculado à cirurgia de redesignação sexual e, em menor proporção, sem a exigência dessa cirurgia. Ressalta-se que, mesmo na ausência da exigência da cirurgia, o diagnóstico se mantém como requisito condicionante. Assim, o diagnóstico atuaria como “testemunho de “realidade” do sujeito, substituindo sua própria identidade”, reavivando a teoria do Nome-Obrigaçao e Instituição de Polícia Civil (RIBEIRO & TEIXEIRA, 2015).

---

<sup>53</sup> Decisões da Justiça do Distrito Federal: 1ª Vara de Família de Brasília, Autos 42650/97, julgado em 15 de abril de 2002; 7ª Vara de Família de Brasília, autos 2005.017129-7, julgado em 29 de Junho de 2005.

<sup>54</sup> O direito à mudança nos nomes da população “trans” também pode ser compreendido como uma possibilidade jurídica por meio da Convenção Americana de Direitos Humanos, ratificada pelo Brasil, em 1992, e do Código Civil de 2002, sendo que ambos compreendem que toda pessoa tem direito ao nome, nele compreendido tanto o prenome quanto o sobrenome (RIBEIRO & TEIXEIRA, 2015).

Buscando minimizar essa barreira, o MS publica a Portaria n.º 675 de 30 de março de 2006, aprovando a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde<sup>55</sup>, que estabelece, inclusive, a necessidade da existência, em todo documento de identificação do usuário no sistema de saúde, de um campo para registrar o nome pelo qual o usuário prefere ser chamado, nome social, independente do registro civil (BRASIL, 2006). Essa estratégia pode ser entendida como uma forma de reconhecimento e reivindicação de pertencimento das travestis e transexuais enquanto cidadãos (RIBEIRO & TEIXEIRA, 2015). No entanto, há relatos da recusa de serviços de saúde de adotarem o nome social para travestis e transexuais (MULLER & KNAUTH, 2008; TAGLIAMENTO, 2012; GUARANHA, 2014), configurando um maneira de desempoderamento e “desapropriação do sujeito do seu lugar de enunciação” (MOSCHETA, 2011), evidenciando a fragilidade dessas estratégias em reconhecer esses sujeitos (RIBEIRO & TEIXEIRA, 2015) e a “gambiarra à brasileira” de se reconhecer em alguns setores a autoidentidade dos sujeitos, mas os impedindo de autoexistirem nas leis brasileiras (BENTO, 2014c). Com isso, essa dificuldade na utilização do nome social configura-se como outra barreira para o acesso e a acessibilidade efetivos e eficazes aos serviços de saúde, demonstrando a precariedade do acolhimento (ARÁN et al., 2009; BENTO, 2014a; GUARANHA, 2014). Segundo Guaranha (2014), a partir da leitura de Butler (2010), nessa situação “a figura da abjeção<sup>56</sup> é produzida também pela estrutura institucional-estatal, já que utilizar um nome masculino para se referir a uma pessoa com uma identidade de gênero feminina (re)coloca o sujeito no lugar de uma existência precária, ignorando os processos autônomos de construção subjetiva e identitária”.

Essas questões elucidam que o acesso e a acessibilidade para travestis e transexuais são limitados pelos próprios serviços de saúde e pelo Estado. Sendo isso apontado pelo próprio Ministro da Saúde. José Temporão, em 2010, analisa que:

---

<sup>55</sup> Revogada e substituída pela Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF\\_Carta\\_Usuarios\\_Saude\\_site.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf)>3>.

<sup>56</sup> Butler (2010) compreende que os corpos não inteligíveis e que não tem uma existência legítima, podem ser considerados como “abjetos”, como “corpos que não importam”.

“As travestis sofrem agressões nos espaços públicos, a exemplo do que ocorre quando são chamadas em público, por profissionais de saúde, por seus nomes de registro e não por seu nome social. Muitas passam a evitar o serviço de saúde.” (TEMPORÃO, 2010)

Guaranha (2014), refletindo sobre essa questão, afirma:

“(...) mesmo que um programa/política tenha sido concebido de forma a contemplar a diversidade, a orientação sexual e a identidade de gênero dos sujeitos, é na relação do trabalhador com o usuário que se dará a efetivação (ou não) da política. Dessa forma, o que se observa na ponta, é que a população LGBT segue sendo alvo de discriminação, tendo seu acesso dificultado e até mesmo negado quando busca atendimento no sistema de saúde público brasileiro, evidenciando os padrões heterossexistas e moralistas que permeiam a formação dos trabalhadores e o campo da saúde de forma geral.” (GUARANHA, 2014)

Buscando limitar a condicionalidade da possibilidade de existência civil para travestis e transexuais às concepções de certos juristas e profissionais da saúde, o Deputado Federal Jean Wyllys e a Deputada Federal Érika Kokai, em 2013, propõem o PL 5002/2013<sup>57</sup> (Lei João W. Nery<sup>58</sup> ou Lei de Identidade de

---

<sup>57</sup> Disponível em: < [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1059446&filename=Tramitacao-PL+5002/2013](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1059446&filename=Tramitacao-PL+5002/2013) >. Acesso em: 05/12/2015. Segundo Bento (2014c), essa proposta teve grande influência da Lei de Identidade de Gênero Argentina, de 2012, que é a única lei no mundo que garante pleno reconhecimento de identidade de gênero ao sujeito.

Gênero). Assim, cria-se, pela primeira vez na história do Brasil, um modelo administrativo de mudança do registro/nome civil desjudicializante<sup>59</sup>, pautado na autodeterminação de identidade de gênero. Segundo esse PL:

“Artigo 3º - Toda pessoa poderá solicitar a retificação registral de sexo e a mudança do prenome e da imagem registradas na documentação pessoal, sempre que não coincidam com a sua identidade de gênero auto-percebida.

Artigo 4º - Toda pessoa que solicitar a retificação registral de sexo e a mudança do prenome e da imagem, em virtude da presente lei, deverá observar os seguintes requisitos:

I - ser maior de dezoito (18) anos;

II - apresentar ao cartório que corresponda uma solicitação escrita, na qual deverá manifestar que, de acordo com a presente lei, requer a retificação registral da certidão de nascimento e a emissão de uma nova carteira de identidade, conservando o número original;

III - expressar o/s novo/s prenome/s escolhido/s para que sejam inscritos.

Parágrafo único: Em nenhum caso serão requisitos para alteração do prenome:

---

<sup>58</sup> João W. Nery publicou sua autobiografia intitulada “Viagem solitária”, em 2011, e visibilizou a população transexual masculina no Brasil, que, segundo Bento (2014c), “nunca tinha acontecido na história do país”.

<sup>59</sup> São modelos de mudança de registro/nome civil desjudicializantes o que ocorre no casamento e no divórcio, nos quais, mesmo havendo mudança do nome de um dos cônjuges, dispensa-se a intervenção judicial.

- I - intervenção cirúrgica de transexualização total ou parcial;
- II - terapias hormonais;
- III - qualquer outro tipo de tratamento ou diagnóstico psicológico ou médico;
- IV - autorização judicial.” (DISTRITO FEDERAL, 2013)

Em novembro de 2015, o PL 5002/2013 recebe parecer favorável da CDHM, aguardando sua pauta na mesma comissão. Destaca-se que a atual configuração da Câmara dos Deputados Federais, com a presidência dessa comissão pelo Deputado Federal Paulo Pimenta, em substituição ao Deputado Federal Marco Feliciano, pode representar uma certa “luz no fim do túnel” devido a sua postura conciliadora diante do debate relacionado às pautas LGBT. Segundo esse Deputado Federal, em entrevista à Empresa Brasil de Comunicação S/A<sup>60</sup>:

“É urgente que se promova o debate necessário à constituição de novas formas de convivência fundadas nos princípios da solidariedade, da sustentabilidade, da diversidade e da inclusão.”

## **2.5 – “Transtornados” e “normais”: a inclusão excludente dos “corpos estranhos”<sup>61</sup>**

---

<sup>60</sup> Disponível em: < <http://www.ebc.com.br/cidadania/2015/03/petista-paulo-pimenta-e-eleito-presidente-da-comissao-de-direitos-humanos>>. Acesso em: 05/12/2015.

<sup>61</sup> O termo “corpos estranhos” faz referência ao livro “Um corpo estranho – ensaios sobre sexualidade e teoria queer”, de Louro (2013), que problematiza, por meio da teoria queer, as sexualidades desviantes da heteronormatividade como corpos estranhos, que incomodam, perturbam, provocam e fascinam.

As problematizações a respeito das identidades “trans” retomam as discussões apresentadas por Bento (2014a) sobre as tensionalidades existentes na busca pela ampliação do conceito de humanidade e, por conseguinte, a ampliação da concepção de cidadania. Ou seja, o reconhecimento das pessoas “trans” implica, como observado nas questões acima levantadas, em disputar visões e projetos de humanidade, os quais ainda estão sob o poder dos discursos biomédicos patologizantes (ZAMBRANO, 2003; BENTO, 2006; 2014a; TEIXEIRA, 2009; 2013).

Pensar a identidade “trans” a partir de um diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero/Disforia de Gênero, que permite/legitima o acesso ao Processo Transexualizador e aos processos judiciais para retificação do registro/nome civil, como se fosse um “pré-requisito”, é (re)afirmar as descontinuidades, transgressões e subversões que as identidades “trans” fazem à heteronormatividade e a busca que o biopoder realiza em normatizar essas experiências de vida dentro do patológico. A esse respeito, Louro (2013) afirma que:

“A concepção binária do sexo, tomado como um “dato” que independe da cultura, impõe, portanto, limites à concepção de gênero e torna a heterossexualidade o destino inexorável, a forma compulsória de sexualidade. As descontinuidades, as transgressões e as subversões que essas três categorias (sexo – gênero – sexualidade) podem experimentar são empurradas para o terreno do incompreensível ou do patológico.” (LOURO, 2013)

Butler (2003) afirma que os pressupostos heteronormativos exigem uma linearidade sem fissuras entre sexo genital, gênero, desejo e práticas sexuais, e, em decorrência disso, os comportamentos que não estão de acordo com essas normatizações são patologizados. Bento & Pelúcio (2012) expõem que a

heterossexualidade está inserida em nossa sociedade como condição para “dar vida e sentido aos gêneros”, uma vez que “o gênero só consegue sua inteligibilidade quando referido à diferença sexual e à complementariedade dos sexos”, produzindo no menino a masculinidade e, na menina, a feminilidade.

Dessa forma, pensar a transexualidade e a travestilidade só seria possível dentro de um cenário dos transtornos de ordem mental, do campo *psi*. Por isso, tanto o DSM-V quanto o CID-10 apontam que as identidades “trans” estariam dentro desses transtornos pelo deslocamento que o gênero “trans” realiza em relação ao sexo genital. Assim, o primeiro desses dois documentos traz os critérios necessários para que o indivíduo “trans” seja reconhecido ou não como “trans”, e o segundo documento estabelece as características da “doença” e os códigos utilizados e aceitos internacionalmente por médicos e outras operadoras de saúde (BENTO & PELÚCIO, 2012). O que se observa, diante disso, são as disputas do biopoder em manter uma norma imutável em torno dos corpos sexuais, os quais, segundo Laqueur (2001), são inseridos em processos históricos de classificação, significação e intervenção.

Assim, pensar a transdiversidade como uma experiência catalogável, curável e passível de normatização (BENTO & PELÚCIO, 2012; TEIXEIRA, 2009; 2013) é inviabilizar a existência plena, autônoma, cidadã e humanitária dos sujeitos. Consequentemente, cerceia-se o acesso e a acessibilidade às pessoas “trans”, uma vez que sua identidade cidadã com direito à saúde, enquanto obrigação do Estado, é definida pela presença de uma “identidade patológica” referida por terceiros. Por isso, a partir de 2007, a Rede Internacional pela Despatologização Trans lança a campanha denominada “Stop Trans Pathologization”<sup>62</sup>, buscando:

“1- A retirada da categoria de “disforia de gênero” /  
“transtornos de identidade de gênero” dos manuais

---

<sup>62</sup> Disponível em: < <http://www.stp2012.info/old/pt> >. Acesso em: 05/12/2015.

internacionais de diagnóstico (as próximas versões: DSM-V e CID-11).

2- A abolição dos tratamentos de normalização binária a pessoas intersexo.

3- O livre acesso aos tratamentos hormonais e às cirurgias (sem tutela psiquiátrica).

4- Serviço público de atenção à saúde trans-específica (acompanhamento terapêutico voluntário, atendimento ginecológico/urológico, tratamentos hormonais, cirurgias).

5- A luta contra a transfobia: fomentar a formação educacional e a inserção social e no mundo do trabalho das pessoas trans, assim como visibilizar e denunciar todo tipo de transfobia institucional ou social.” (RED POR LA DESPATOLOGIZACIÓN DE LAS IDENTIDADES TRANS DEL ESTADO ESPAÑOL, 2010) [tradução minha]

No entanto, para que essas proposições sejam consolidadas em nossa sociedade, faz-se necessário apontar e problematizar as lacunas dos argumentos em defesa da patologização do gênero, por isso ter-se-á como sua base o estudo de Bento & Pelúcio (2012) intitulado “Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas”. Segundo essas autoras, a primeira lacuna a ser problematizada diz respeito à “diferença natural entre os gêneros”, ou seja, travestis e transexuais são doentes porque ou se nasce homem ou se nasce mulher. Essa análise resgata a necessária linearidade entre sexo-gênero-desejo para se constituir como integrante de uma sociedade (BUTLER, 1993). Derrida (1991), a esse respeito, afirma que a lógica ocidental está pautada nas concepções binárias, as quais fixam um sujeito como “fundante” e, a partir desse lugar/posição, definem o “outro”, o seu oposto subordinado. Dessa forma, pode-se compreender o binarismo homem/mulher,



masculinidade/feminilidade, como únicos lugares inteligíveis. Ou seja, a reivindicação de um desses lugares só pode ser legítima pela coerência com as “normas de inteligibilidade” que são construídas socialmente (LOURO, 2013). Sendo assim, as identidades “trans” funcionam como “desestabilizadoras de certezas e provocadoras de novas percepções” (LOURO, 2013), pois, a cada momento de sua existência, questionam as normas, exigindo que as normas que regulam e materializam o sexo performem novas estratégias de poder para reiterar repetidamente a heteronormatividade pautada em “conceitos estáveis” de sexo-gênero e sexualidade (BUTLER, 1990; 1993). Nessa lógica sobre corpos e sexo, Fausto-Sterling (2001) diz que:

“(...) nossos corpos são complexos demais para dar respostas claras sobre a diferença sexual. Quanto mais procuramos uma base física simples para o “sexo” mais claro fica que o “sexo” não é uma categoria física pura. Aqueles sinais e funções corporais que definimos como masculinos e femininos já vêm misturados em nossas idéias sobre o gênero.” (FAUSTO-STERLING, 2001)

Corroborando essa percepção, Butler (1990) rompe com a visão de que sexo está para a natureza assim como gênero está para a cultura. Ou seja, segundo Louro (2013), a partir da teoria *queer*, o sexo também pode ser entendido como sendo algo cultural, na mesma medida que o gênero o é. Dessa forma, gênero “é o meio discursivo/cultural pelo qual um ‘sexo natural’ é estabelecido como pré-discursivo” (LOURO, 2013). Assim, o sexo pode ser concebido como uma postulação, um construto que se faz no interior da linguagem e da cultura (BUTLER, 1990; LOURO, 2013).

O caráter patológico atribuído à transexualidade e travestilidade se ancora na discordância entre o sexo atribuído no nascimento (decorrente da genitália aparente) e a posição de gênero reivindicada por essas pessoas.

Estar em desacordo com as normas da natureza e questionar o privilégio e a prevalência da biologia para determinar o que deve ser considerado normal e verdadeiro colocam as pessoas transexuais e travestis num lugar que só pode ser lido a partir da legitimidade da doença e desvio.

Outro aspecto, segundo Bento & Pelúcio (2012), está relacionado à visão “suicidógena”, ou seja, o discurso produzido sobre a potencialidade suicida de travestis e transexuais de cometerem tal ato após a cirurgia de transgenitalização, que é irreversível, justifica a manutenção do acompanhamento psicológico/psiquiátrico desses sujeitos. A esse respeito, Arán (2005), Bento (2006), Lionço (2009) e Teixeira (2009; 2013) afirmam que essa argumentação reposiciona as pessoas “trans” no lugar de vítimas de sua própria “disforia de gênero”. Ou seja, já que lhe foi permitido readequar o corpo à mente, numa lógica binária biomédica, nada mais prudente que acompanhar psiquicamente esses sujeitos, pois a sua “incongruência corpo-mente” pode ser um fator predisponente para o suicídio, pois se rompe a barreira do natural para a construção de um corpo social. Entretanto, segundo dados da OMS (2011) e OPAS (2013), o que se observa é um número considerável de ideações suicidas e suicídios na população LGBT devido à persistente violência a que esses indivíduos estão submetidos.

Outro elemento que merece ser questionado é o argumento das “concessões estratégicas”, ou seja, se o “transexualismo” deixar de ser uma doença, o Estado não custeará o Processo Transexualizador (BENTO & PELÚCIO, 2012). Para problematizar esse argumento, faz-se necessário retomar os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS. Segundo Silva & Lima (2005) e Mello et al. (2011), a criação do SUS significou a busca pela concretização de serviços de saúde com universalidade de acesso, integralidade e equidade da assistência, com a autonomia dos sujeitos, rompendo, com isso, um histórico de serviços públicos ineficazes e ineficientes, decorrentes de políticas de saúde curativistas, hospitalocêntricas, privatistas e excludentes. Diante disso, passa-se a questionar o poder biomédico voltado para a doença, buscando um cuidado cada vez mais integral, que considere

todas as dimensões envolvidas no processo de saúde-adoecimento-cuidado (GUARANHA, 2014).

Entende-se o princípio da universalidade como a garantia do acesso e da acessibilidade aos cidadãos em todos os níveis de assistência, sem discriminação (BRASIL, 1990; GUARANHA, 2014). Já o princípio da equidade determina que deve haver justiça no acesso e na acessibilidade aos serviços de saúde, entendendo, assim, que a diferença, a diversidade e a pluralidade das condições humanas são inerentes da nossa realidade (PAIM, 2006; ESCOREL, 2001; GUARANHA, 2014). O princípio da integralidade refere-se à garantia de ações de promoção, proteção, cura e reabilitação em saúde, a partir das práticas profissionais, da organização dos serviços e da promoção de políticas (MATTOS, 2001; NUNES, 2016; MOSCHETA, 2011). Assim, o sentido do termo integralidade perpassa a concepção integral do sujeito, não o vendo/assistindo como uma doença/patologia, mas sim observando-o em sua totalidade, promovendo, com isto, ações que vão para além da doença, e perpassando a promoção da saúde (COSTA, 2004; MOSCHETA, 2011).

Compreendendo esses princípios e tendo a prerrogativa não-reducionista do cuidado em saúde voltado para além da doença/patologia, o MS propõe as Políticas de Promoção da Equidade (BRASIL, 2013), tendo como objetivo:

“(...) diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde como os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos com o racismo, as homofobias e o machismo, entre outros.” (BRASIL, 2013)

Diante disso, a perda de assistência em saúde para a população “trans” diante da retirada do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero/Disforia de Gênero ou mesmo transexualismo incorreria no risco da

manutenção da “cidadania cirúrgica” (CABRAL, 2010) ou da “cidadania hormonal” ou da “sidadania” (PELÚCIO & MISKOLSI, 2009). Por isso, a busca pelo usufruto e exercício pleno dos Direitos Fundamentais assegurados pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), performando-se um cidadão, perpassa a ruptura de uma existência condicionada a um diagnóstico, a uma cirurgia, a uma hormonioterapia e/ou a uma patologia específica como o HIV/aids.

Por fim, Bento & Pelúcio (2012) apontam como última lacuna o pressuposto da autoridade científica, ou seja, se os documentos biomédicos oficiais afirmam que existe um diagnóstico, é porque este é pautado por princípios científicos, como a reprodutibilidade do método de análise. No entanto, o que se observa nesses documentos, como o DSM-V e o CID-10, é uma explícita inexistência de métodos diagnósticos capazes de confirmar o diagnóstico, o qual está subordinado à interpretação pessoal de terceiros sobre os “verdadeiros transexuais”. Entretanto, esse poder biomédico intransigente acaba, segundo Ribeiro & Teixeira (2015), por funcionar, de acordo com o relato de uma mulher “trans” por esses autores, como:

“(...) elemento redentor do sujeito, posicionando-o, muitas vezes como “não sou culpado”, “não pude escolher” como se a ausência de escolha se transformasse em ausência de dolo, e assim a legitimasse para a vida social.”  
(RIBEIRO & TEIXEIRA, 2015)

Diante desses questionamentos, realizados de uma forma mais potente, internacionalmente, pela Rede Internacional pela Despatologização Trans, há um avanço com relação à temática da despatologização das identidades “trans” ao se identificar que o DSM-V trabalha não mais com a concepção de “transtorno”, mas sim com a concepção de diferença marcante entre o gênero experimentado/expresso e o gênero atribuído, sendo assim denominado Disforia de Gênero (APA, 2013; ARAÚJO & LOTUFO NETO, 2014). No entanto, como apontam Bento & Pelúcio (2012), Teixeira (2009; 2013) e Bento (2014a), o que se busca para as identidades “trans” é a sua total retirada dos manuais da APA uma vez que a presença dessas identidades nesses manuais

(re)afirma a existência de algo patológico, algo anormal, algo não coerente presente nos sujeitos em questão, e o que se deseja romper é com essa visão que limita, segundo Butler (2004), a “trans-autonomia”.

## **2.6 – Por fim: “Corpo se fabrica....eu não fabriquei um agora?”<sup>63</sup>**

A fabricação dos corpos, das identidades, do gênero, do sexo e da sexualidade perpassa por uma infinita rede de relações sociais que os definem como “normais” ou “transtornados”, “legítimos” ou “ilegítimos”, “pertencentes” ou “excluídos”. Essa rede de poder, do biopoder, presente em todos os espaços de relações sociais, de uma forma micro ou macro, reafirma que a nomeação de cidadãos homens, mulheres, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e até *queer* é pautada em marcas distintivas de uma cultura, acarretando na atribuição de direitos ou deveres, privilégios ou desvantagens (LOURO, 2013). Mas, como questiona Louro (2013), onde estariam essas marcas? Seriam tangíveis, palpáveis, físicas? Poderiam ser fabricadas ou moldadas ou transformadas? Mas quem teria a legitimidade para fabricar, moldar, transformar? Há corpos “não marcados”? Será que essas marcas existem de fato ou são uma invenção do olhar do outro? Mas, como questionam Arán & Murta (2009), essas marcas não representam falhas do desenvolvimento, um erro da natureza, uma impossibilidade lógica, pela não inteligibilidade cultural? Ou será que o problema “do ser e do não ser” de Parmênides, de fato, é um problema somente da espera da genitália masculina ou feminina ou será da esfera do social, do homem ou mulher? Ou, segundo Butler (1990), todas as marcas na verdade são linguagens de uma cultura?

Esses questionamentos perpassaram todo o escopo de discussão deste capítulo, permitindo pensar como as pessoas “trans” desestabilizam as normas sociais/culturais, pois, pelo seu “corpo estranho”, “perturbado”, “(trans)formado”, há um questionamento do lugar do outro e a sua posição dentro de uma sociedade dita para os “estabelecidos” ou “para todos”. O que

---

<sup>63</sup> Fala de uma drag, a pesquisadora Vencato (2002), ao se referir a uma colega que resistia a se produzir (apud LOURO 2013).

se observa é que “a ordem só parece segura por se assentar sobre o duvidoso pressuposto de que o sexo existe fora da cultura e, conseqüentemente, por inscrevê-lo num domínio aparentemente estável e universal, o domínio da natureza” (LOURO, 2013). Assim, entende-se que os corpos carregam desde o seu nascimento uma “essência” e que a transformação dessa “essência” incorreria numa transgressão da ordem, por isto o que se vê é que, desde o início da assistência em saúde para a população “trans”, haveria a necessidade de desenvolver dispositivos que regulem essas mudanças, pois, a “conta gotas”, de acordo com os passos da ciência biomédica e jurídica, poder-se-ia pensar em uma existência “trans”.

Por isso, a luta pelo reconhecimento e pela cidadania, seja através de recursos médicos e/ou jurídicos, evidencia a precariedade da existência dessas vidas, que, subordinadas a heteronormatividade, acabam tendo o direito “a conta gotas” de uma cidadania precária. Atualmente, o que se vislumbra são tentativas corajosas de viabilizarem a “trans-autonomia”, denunciando as limitações das políticas públicas para essa população, a provisoriedade do nome social e seu empoderamento como o movimento pela despatologização.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trans

Não... Optei-me ser o que sou  
Não... Propus-me sentir como me experimento  
Todavia naveguei feito de tal modo,  
Embora que fragmentado  
Abrolhei mulher/homem  
Versus minha pretensão,  
Com a equidade de um homem, assevero:  
Não sei o ensejo, nem ainda o pretexto ou se seria uma punição  
Questiono-me todo dia  
O porquê?  
Nascer, viver e, que o destino me explique,  
Morrer assim todo torto  
Não me resta mais nada  
Mas não se imêmore  
Embora que o amor não seja de resistência  
Tenho mesmo um coração exorbitante  
que ama, ama, ama...  
Dentro do Homem errado.

Vagner Braz



O poema de Vagner Braz<sup>64</sup> exemplifica a busca por uma identidade e reconhecimento enquanto humano. Dizer “não” e optar pelo que “sou” representa a luta que se trava entre dois limites, entre duas muralhas: a da sociedade que, sistematicamente, busca definir os sujeitos em lugares pré-estabelecidos; e a do corpo, que pela sua aparente imutabilidade passou a ser um discurso de verdade. Assim, entre a predefinição de um lugar e/ou de um sexo/corpo/gênero/desejo as pessoas “trans” lutam pela sua existência. Lutam para que sua vida, embora “fragmentada”, seja reconhecida. E nesse ponto vê-se o tão contraditório que podemos ser com nossos poderes-saberes que gritam aos quatro ventos “liberdade e igualdade”, mas regidos por “ordem” da coerência corpo-mente, buscando o “progresso”. Como então ser livre, ser “igual”, em uma ordem que somente considera alguns corpos “retos”? Corpos “tortos” não são corpos? Não são sujeitos? Não são dignos? Não são humanos. Mas, primeiramente, quem disse que são “tortos”? “Tortos” para quem? “Tortos” por quê? Será que os corpos “reconhecidos” são tão “retos” assim? E se forem, quem o disse que são? Será que são porque nasceram “retos”? Ou será que o são porque se adequaram a uma norma produzida por alguns que já se consideravam “retos”?

Difícil pensar sobre aquilo que já está posto, já se tornou uma aparente verdade. Mas felizmente, existem corpos que tensionam os valores, as normas, as regras, as definições, os parâmetros, a vida. Tensionar é propor reflexões que podem potencializar o enxergar para além do que já foi posto, para além dos limites do aceito, para além de uma “normalidade precária”. Por isso, a história do cuidado em saúde às pessoas “trans” é uma história marcada pela luta contra o saber-poder biomédico, para o seu reconhecimento. Ser reconhecido(a) por esse saber-poder foi, ou ainda é, o primeiro passo para existir.....existir com as marcas invisíveis dos transtornos e/ou disforias, que sistematicamente são (re)afirmadas por vários dispositivos. Sendo que, todos esses dispositivos tem uma característica comum: a existência de múltiplas engrenagens sociais/legais para a normatização, dominação e exclusão. O que

---

<sup>64</sup> Disponível em: <<https://www.facebook.com/deumamaoparaacausa/posts/891454900911584>>. Acesso em: 13/12/15

se vê, então, é sim uma cidadania a “conta-gotas” pois nessas disputas entre o biopoder e a auto identidade, o elo mais forte é aquilo dito como mais “coerente” com a ciência, com a biologia, com as verdades postas e outorgadas pelos “retos”.

Por isso, a existência “trans” foi e ainda é marcada por disputas, que já demonstraram vitórias, como por exemplo, o fato dos pesquisadores estarem interessados em estudar essa população a partir de uma potência de vida, com o questionamento da necessidade do diagnóstico e das “etapas” para o efetivo cuidado integral. Somado a isso, há a explicitação das limitações do acesso/acessibilidade para os serviços de saúde e as violências vividas pela população “trans”.

Sendo assim, pode-se pensar em uma existência autônoma, auto reconhecida, auto definida. No entanto, as travestis ainda não conseguiram ser vistas para fora dos espaços da rua, da prostituição. A relação travesti-HIV/aids ainda é (re)produzida enquanto uma verdade inexorável e, com isso, seu cuidado em saúde só pode ocorrer a partir dessa inteligibilidade.

Nesse trabalho, diante do exposto, buscou compreender os estudos sobre a população “trans” no Brasil e sua relação com a área da saúde. Identifica-se que embora seja um campo recente, há uma transformação em sua problemática, com temáticas que permitem o diálogo entre o campo da saúde e o das ciências sociais. Assim, os desafios propostos nesses encontros é o de permitir uma reflexão crítica sobre as ações e condutas de todos os cidadãos, para que se possa romper com os limites do “real”/“normal” e, assim, promover uma existência plena em toda a sua potência de vida!

# REFERÊNCIAS

ABREU, F. G. O. **Transexualismo**: um estudo sobre a representação de si no método de Rorschach. Brasília. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Psicologia] – Universidade Católica de Brasília; 2005. (código: IT25)

AGIER, M. Managing the Undesirables. Refugee Camps and Humanitarian Government. Cambridge: Polity Press, 2011.

ALMEIDA, G. 'Homens trans': no 'homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades masculinidades masculinidades?. **Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 513-523, 2012.

AMARAL, M. S.; et al. "Do travestismo às travestilidades": uma revisão do discurso acadêmico no Brasil entre 2001-2010. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 301-311, 2014.

AMBRA, P. E. S.; et. al. Corpo travesti, corpo contemporâneo. **A peste**; São Paulo, v. 2, n. 2, p. 423-435, jul-dez., 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.** Washington; American Psychiatric Press; 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.** Washington; American Psychiatric Publishing; 2013.

ANTUNES, M. C. **Territórios de vulnerabilidade ao HIV**: homossexualidades masculinas em São Paulo. São Paulo. Tese [Doutorado em Psicologia Social] – Universidade de São Paulo; 2005. (código: IT1)

ARÁN, Márcia. **Transexualismo e cirurgia de transgenitalização**: biopoder/biopotência. Brasília: Série Anis, 2005.

ARÁN, M. **Novos direitos e visibilidades para os homens trans no Brasil.** 2012. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/Aran.pdf>>.

ARÁN, M.; et al. **Transexualidade e saúde pública**: acúmulos consensuais de propostas para atenção integral (IMS-UERJ/MCT/CNPq/MS/SCTIE/DECIT); Relatório das Reuniões realizadas. 2009. Disponível em: <<http://www.ccr.org.br/uploads/eventos/seminariomar10/transexualidade%20-%20ac%C3%BAmulos%20consensuais.pdf>>.

ARÁN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009. (código: SA1)

ARÁN, M.; ZAIDHAFT, S.; MURTA, D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 70-79, 2008. (código: SA2)

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM 5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ASSOCIAÇÃO MUNDIAL PROFISSIONAL PARA A SAÚDE TRANSGÊNERO (WPATH). **Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero versão 7** (SOC 7). Chicago: World Professional Association for Transgender Health, 2012.

ÁVILA, S. N. **FTM, transhomem, homem trans, trans, homem**. Florianópolis. Tese [Doutorado em Ciências Humanas] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. (código: IT2)

AYRES, J. R. C. M.; et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa, R. M.; Parker, R. G. **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Editora, 1999, p. 49-72.

AYRES, J. R. C. M.; et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERENIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 117-139.

BALTIERI, D. A.; DE ANDRADE, A. G. Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder. **J Sex Medicine**, v. 6, n. 4, p. 1185-1188, 2009. (código: PA2)

BALTIERI, D. A.; PRADO CORTEZ, F. C.; DE ANDRADE, A. G. Ethical conflicts over the management of transsexual adolescents-report of two cases. **J Sex Medicine**. v. 6, n. 11, p. 3214-3220, 2009. (código: PA1)

BARATA, Rita B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARBOSA, B. C. "Doidas e putas": usos das categorias travesti e transexual. **Sex., Salud Soc.** [online], Rio de Janeiro, n. 14, p. 352-379, 2013. (código: SA3)

BARBOZA, H. H. G. **Procedimentos para redesignação sexual**: um processo bioeticamente inadequado. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010. (código: IT26)

BENEDETTI, M. **Toda feita**: o corpo e o gênero das travestis. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 144 p.

BENJAMIN, H. "Travestism and Transsexualism". **Internacional Journal of Sexology**. v. 7, n. 1, p. 12-4; 1953.

BENTO, B. **A Reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Brasília. Tese [Doutorado em Sociologia] – Universidade de Brasília; 2003.

BENTO, B. **A Reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BENTO, B. A diferença que faz a diferença: corpo e subjetividade na transexualidade. **Revista Bagoas**, v. 4, p. 95-112, 2009.

BENTO, B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, v. 10, p. 2655-2664, 2012.

BENTO, B. **A Reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. 2. ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2014a.

BENTO, B. **Brasil**: país do transfeminicídio. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM). 2014b. Disponível em: <[http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Transfeminicidio\\_Berenice\\_Bento.pdf](http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Transfeminicidio_Berenice_Bento.pdf)>.

BENTO, B. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. **Contemporânea**, São Carlos, v. 4, n. 1, 2014c.

BENTO, B.; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, 2012.

BORBA, R. Interconexões entre Linguística Aplicada e práticas de atenção à saúde: linguagem e identidades na prevenção de DSTs/aids entre travestis profissionais do sexo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1369-1400, 2011. (código: SA12)

BORBA R. **(Des)Aprendendo a “ser”**: trajetórias de socialização e performances narrativas no processo transexualizador. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Linguística] – Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014.

BORBA R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. **Sex., Salud Soc.** [online], Rio de Janeiro, v. 17, p. 66-97, 2014. (código: SA4)

BRASIL. **Lei n. 6.015**, de 31 de dezembro de 1973. Dispões sobre os registros públicos, e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1986.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**. Brasília : Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 13<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília : Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2011.

BRASIL. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 14p

BRIGNOL, S. M. S. **Estudo epidemiológico das práticas sexuais desprotegidas em uma população de homens e travestis**. Salvador. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva] - Universidade Federal da Bahia; 2008. (código: IT3)



BRITO, C. R. S.; et al. Trying to cure the prejudice: our challenges to implant the “Travesties Health” ambulatory in Uberlândia-MG. **Ver. Ed. Popular**. Uberlândia, v. 8, p. 168-174, 2009.

BRUNO, R. R. E. **Transtorno de identidade de gênero**: estudo de seis casos clínicos com avaliação do histórico de vida, pré e pós-operatório e funcionalidade da neovagina após transgenitalização. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Sexologia] – Universidade Gama Filho; 2004.

BURGOS FILHO, R. **Avaliação do custo-efetividade da adição de unidade móvel para testagem rápida para o HIV em gays, homens que fazem sexo com homens e travestis, em relação ao centro de testagem e aconselhamento, em Brasília**. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Profissional em Saúde Pública] - Fundação Oswaldo Cruz; 2012. (código: CT1)

BUTLER, J. **Gender Trouble** - Feminism and the subversion of identity. New York; Routledge; 1990.

BUTLER, J. **Bodies that matter**: on the discursive limits of sex. Nova York : Routledge, 1993.

BUTLER, J. Sujeitos do sexo/gênero/desejo. In: BUTLER, J. (org.). **Problemas de gênero**: Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, J. **Undoing Gender**. New York/London: Routledge; 2004.

BUTLER, J. **Cuerpos que importan**: sobre los limites materiales e discursivos del sexo. Buenos Aires: Paidós, 2010.

CABRAL, M. “Relatório”. In: ARILHA, M.; LAPA, T. de S.; PISANECHI, T. C. **Transexualidade, travestilidade e direito à saúde**. São Paulo : Oficina editorial, 2010.

CANESQUI, A. M.; SEPARAVICH, M. A. Girando a Lente Socioantropológica sobre o Corpo: uma breve reflexãoll. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.2, p.249-25, 2010.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria de Threza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 307 p.

CARVALHO, D. S. de. **O gênero e a ciência da saúde**: produção em torno da transexualidade no Portal de pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde. São Paulo. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade] – Universidade de São Paulo; 2014. (código: IT27)

CARVALHO, M. F de L. **Que mulher é essa?**: identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2011.a (código: IT4)

CARVALHO, M. F. de L. A (im)possível pureza: medicalização e militância na experiência de travestis e transexuais. **Sex., Salud Soc.** [online], Rio de Janeiro, n. 8, p. 36-62, 2011.b (código: SA6)

CARVALHO, M.; CARRARA, S. Em direito a um futuro trans?: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Sex., Salud Soc.** [online], Rio de Janeiro, n.14, p. 319-351, 2013. (código: SA5)

CARVALHO, N. S. de. **Eles não são elas**: a demanda de despatologização da transexualidade como prática feminista? Salvador. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo] - Universidade Federal da Bahia; 2012. (código: CT4)

CASSEMIRO, L. C. **I have the right to be amapô**: the trajectories of transvestites and transsexuals face implementation of public policies on social care and health. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Serviço Social] – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2010. (código: IT5)

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Unicamp: Campinas, 2003. (mimeo).

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. N. de. **A família como foco da atenção primária à saúde**. Núcleo de educação em saúde coletiva (NESCON)/UFMG – Belo Horizonte, 2011. 96 p.

COMES, Y. et al. El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. **XIV Anuario de investigaciones de la facultad de Psicología** - Agosto de 2007, Buenos Aires, agosto de 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM (Brasil). **Protocolo nº. 1.529/79**. Parecer consulta de 31/03/1980. Disponível em: < [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmba/pareceres/1980/3\\_1980.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmba/pareceres/1980/3_1980.htm)>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM (Brasil). **Processo consulta nº 0617/90 PC/CFM/Nº**. 11/1991 de 13 de abril de 1991. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1991/11\\_1991.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1991/11_1991.htm)>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM (Brasil). **Resolução nº. 1.482**, de 17 de setembro de 1997. Diário Oficial da União 19 de set de 1997; Seção 1. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm)>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM (Brasil). **Resolução nº. 1.652**, de 06 de novembro de 2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97. Diário Oficial da União 02 de dez de 2002; Seção 1. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm)>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM (Brasil). **Parecer-consulta nº 8.883/09 – Parecer 20/10**, de 12 de agosto de 2010a. Cirurgia de transgenitalização. Disponível em: < [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2010/20\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2010/20_2010.htm)>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM (Brasil). **Resolução nº. 1.955**, de 12 de agosto de 2010b. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. Diário Oficial da União 03 de set de 2010; Seção 1. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm)>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM (Brasil). **Despacho nº. 100/2015**, de 10 de Março de 2015. Alteração de fenótipo sem transgenitalização – aspectos legais. Disponível em: < [http://www.portalmedico.org.br/notasdespachos/CFM/2015/100\\_2015.pdf](http://www.portalmedico.org.br/notasdespachos/CFM/2015/100_2015.pdf)>.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, 2004.

COSTA, E. M. F.; MENDONÇA, B. B. Clinical management of transsexual subjects. **Arq Bras Endocrinol Metabologia**, São Paulo: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, v. 58, n. 2, p. 188-196, 2014. (código: SA7)

COWAN, J.; DEMBOUR, M.-B.; WILSON, R. In: \_\_\_\_\_ (eds). *Culture and Rights: Anthropological Perspectives*, Cambridge University Press, 2004.

DE CARVALHO, M. V. **Os nomes das pessoas e o Direito**. Coimbra: Livraria Almedina, 1989.

DERRIDA, J. **Margens da Filosofia**. Trad. Joaquim Costa, António M. Magalhães. Campinas, SP: Papyrus, 1991.

DE SWAAN, A. **In Care of the State**: Health Care, Education, and Welfare in Europe and the USA in the Modern Era. New York: Oxford University Press, p. 218-257, 1988.

DISTIRTO FEDERAL. **Projeto de lei 5002**, que dispõe sobre o direito à identidade de gênero e altera o artigo 58 da Lei 6.015 de 1973. Câmara dos Deputados Federais, Brasília, 2013.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. L. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ELIAS, P. E. A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos do pensamento (neo)liberal: anotações para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 289-292, 2005.

ELIAS, V. de A. **Para além do que se vê**: das transexualidades às singularidades na busca pela alteração corporal. São Paulo. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Psicologia] - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2007. (código: IT28)

ENTLAIDS. **Relatório final XIX ENTLAIDS** – da Transfobia à Cidadania. Brasília, 2012. Disponível em: < [http://www.abglt.org.br/docs/Relatorio-XIX-ENTLAIDS\\_2012.pdf](http://www.abglt.org.br/docs/Relatorio-XIX-ENTLAIDS_2012.pdf)>.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. 2001. Disponível em:< <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2014.

FASSIN, D. Exclusion, underclass, marginalidad: figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux États Unis et en Amerique Latine. **Revue Française de Sociologie**, XXXVII, 1996.

FASSIN, D. **Humanitarian reason** – a moral history of the presente. University of California Press, Berbeley/Los Angeles, 2012. 336 p.

FAUSTO-STERLING, A. "Dualismo em duelo". **Cadernos Pagu**, Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu, n. 17/18, p. 9-79, 2001.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FIGUEIREDO SOARES DA SILVA, A. **Se pudesse ressurgir eu viria como o vento**: Das narrativas da dor: um estudo sobre práticas de modificações corporais e afetividades na experiência da travestilidade. Recife. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Antropologia] – Universidade Federal de Pernambuco; 2008. (código: IT6)

FOUCAULT, M. **Les Mots et les choses**: une archéologie des sciences humaines. Paris: Gallimard, 1966.

FOUCAULT, M. **A História da Sexualidade** - a vontade de saber, v.1. Rio de Janeiro, Graal, 1977.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FOUCAULT, M. Dits et écrits, IV. Paris: Gallimard, 1994. FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes. 2005, p.285-315.

FRANCO, T.; et al. Transgenitalização masculino / feminino: experiência do Hospital Universitário da UFRJ. **Rev. Col. Bras. Cirurgiões**, Rio de Janeiro: FAPERJ, v. 37, n. 6, p. 426-434, 2010. (código: SA8)

GARCÍA, P. J.; et al. The changing face of HIV in Latin America and the Caribbean. **Curr HIV/AIDS Rep.**, v. 11, n. 2, p. 146–57, 2014.

GIONGO, C. R.; MENEGOTTO, L. M. de O.; PETTERS, S. Travestis e transexuais profissionais do sexo: implicações da Psicologia. **Psicol. cienc. prof.** [online]., Brasília, v. 32, n. 4, p. 1000-1013, 2012. (código: SA9)

GOFFMAN, E. Estigma e identidade social. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro, LTC Editora, 1988.

GOIAS. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, Comarca de Anápolis, 1ª Vara Criminal. **Autos protocolizados sob o nº 201103873908**; Juíza Ana Cláudia Veloso Magalhães, 23 set. 2011. Disponível em: <[http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/39/Documentos/sentenca\\_lei\\_m\\_penha\\_trans.pdf](http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/39/Documentos/sentenca_lei_m_penha_trans.pdf)>.

GRANT, R. M.; et al., iPrEx study team. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. **Lancet Infect Disease**, Londres, v. 14, n. 9, p. 820-829, 2014. (código: PA4)

GRANT, R. M.; et al., iPrEx study team. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **N Engl J Medicine.**, Massachusetts, v. 363, n. 27, p. 2587-2599, 2010. (código: PA5)

GUARANHA, C. **O desafio da equidade e da integralidade**: travestilidades e transexualidades no sistema único de saúde. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Psicologia Social e Institucional] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014. (código: IT7)

GUIMARÃES JÚNIOR, A. R. **A bioética da proteção e a população transexual feminina**. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009. (código: IT29)

HANIF, H.; et al. Where does treatment optimism fit in? Examining factors associated with consistent condom use among people receiving antiretroviral treatment in Rio de Janeiro, Brazil. **AIDS Behavior.**; v. 18, n. 10, p. 1945-1954, 2014. (código: PA3)

HANKINS, C. Overview of the current state of the epidemic. **Curr HIV/AIDS Rep.** 2013.

HOROCHOVSKI, R. R.; MEIRELLES, G. Problematizando o conceito de empoderamento. In: **Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia**. Florianópolis, 2., 2007.

JUNGES, J. R. Vulnerabilidade e saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: BARCHIFONTAINE CP; ZOBOLI ELCP. **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida: Ideias & Letras, Centro Universitário São Camilo; 2007, p. 111.

KRAICZYK, J. **A bioética e a prevenção da aids para travestis**. Brasília. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva] – Universidade de Brasília; 2014. (código: IT8)

LAQUEUR, T. **Making Sex**: Body and Gender from the Greeks to Freud. Harvard University Press; Reprint edition, 1992.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 2001.

LEITE JUNIOR, J. **“Nossos corpos também mudam”**: sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico. São Paulo Tese [Doutorado em Antropologia] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2008.

LEITE JUNIOR, J. **Nossos corpos também mudam**: a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico. São Paulo : Annablume, FAPESP, 2011. 240 p.

LIMA, F. **A construção do dispositivo da transexualidade**: saberes, tessituras e singularidades nas experiências trans. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2010. (código: IT33)

LIONÇO, T. **Um olhar sobre a transexualidade a partir da perspectiva da tensionalidade somato-psíquica**. Brasília. Tese [Doutorado em Psicologia] – Universidade de Brasília; 2006. (código: IT30)

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009. (código: SA19)

LIPPMAN, S. A.; et al. Over-the-counter human immunodeficiency virus self-test kits: time to explore their use for men who have sex with men in Brazil. **Braz J Infect Disease**, Salvador, v. 18, n. 3, p. 239-244, 2014. (código: SA20)

LIU, A.; et al., iPrEx study team. Patterns and correlates of PrEP drug detection among MSM and transgender women in the Global iPrEx Study. **J Acquir Immune Defic Syndromes**. v. 67, n. 5, p. 528-537, 2014. (código: PA6)

LOURENÇO, A. N. **Travesti** : a construção do corpo feminino perfeito e suas implicações para a saúde. Fortaleza. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva] – Universidade de Fortaleza; 2009. (código: IT9)



LOURO, G. L. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. 2. ed. Belo Horizonte : Autêntica, 2013. 96 p.

LOYOLA, M. A. Sexo e Sexualidade na Antropologia. In: Loyola, M. A. (Org.). **A Sexualidade nas Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

MAIA, D. **Mulheres e travestis trabalhadoras do sexo em Recife**: um desafio para a política de prevenção às DST/HIV e aids. Recife. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva] – Fundação Oswaldo Cruz; 2006. (código: IT10)

MACHADO, L. Z. Entre o inferno e o paraíso. Saúde, direitos e conflitualidades. **Série Antropologia**, n. 342, 2003.

MARCELLO, F. A. O conceito de dispositivo em Foucault: mídia e produção agonística de sujeitos-maternos. **Educação e realidade**; Faculdade de Educação; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Porto Alegre, RS; v. 29; n. 1; pg. 199-213; jan-jun. 2004.

MARCUS, J. L.; et al. No evidence of sexual risk compensation in the iPrEx trial of daily oral HIV preexposure prophylaxis. **PLoS One.**, v. 8, n. 12, e81997, 2013. (código: PA7)

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online]., Rio de Janeiro, v. 9, p. 41-65, 2002.

MARTINS, T. A.; et al. Travestis, an unexplored population at risk of HIV in a large metropolis of northeast Brazil: a respondent-driven sampling survey. **AIDS Care**. v. 25, n. 5, p. 606-612, 2013. (código: PA8)

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, p. 39-64, 2001.

MAUSS, M. As Técnicas Corporais. In: \_\_\_, **Sociologia e Antropologia**, vol. 2. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974.

MEAD, M. **Sexo e temperamento em três sociedades primitivas**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

MELLO, L.; et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, 2011. (código: SA10)

MELO, L. N. **Perfil de comportamento de risco para HIV/DST em homens que fazem sexo com homens (HSH) a partir do uso da técnica de amostragem Time Space Sampling (TSS)**, Porto Alegre, 2006. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Epidemiologia] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006. (código: IT11)

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 406 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 42, v. 3, p. 570-573, 2008.a (código: SA11)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº. 1.707**, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitada as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União 19 de ago de 2008;Seção1.b

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº. 457**, de 19 de agosto de 2008. Diário Oficial da União 19 de ago de 2008;Seção1.c

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº. 2.836**, de 1 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Diário Oficial da União 1 de dez de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº. 2.803**, de 19 de novembro de 2013a. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 19 de nov de 2013;Seção1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Boletim epidemiológico – Aids e DST**. Ano II, n. 1 – até a semana epidemiológica 26ª, 2013b. Disponível em: < [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/\\_p\\_boletim\\_2013\\_internet\\_pdf\\_p\\_\\_51315.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf)>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Boletim epidemiológico – Aids e DST**. Ano IV, n. 1 – da 27ª à 53ª semana epidemiológica – julho a dezembro de 2014; Ano IV – n. 1 – da 01ª à 26ª semana epidemiológica – janeiro a junho de 2015; 2015. Disponível em: < [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim\\_aids\\_11\\_2015\\_web\\_pdf\\_19105.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf)>.

MOORE, H. Fantasia de poder e fantasia de identidade: gênero, raça, e violênciall. IN: PISCITELLI, A.; GREGORI, M.. F. (orgs). Corporificando gênero. **Cadernos PAGU**, n. 14. Campinas: Núcleos de Estudos de Gênero / UNICAMP, 2000.

MOORE, H. Understanding sex and gender. In: INGOLD, Tim. (org) **Companion Encyclopedia of Anthropology**, London, Routledge, 1997.

MOSCHETA, M. dos S. **Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. São Paulo. Tese [Doutorado em Psicologia] – Universidade de São Paulo; 2011. (código: IT12)

MULLER, M. I.; KNAUTH, D. R. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado'! **Cad. EBAPE.BR**. v. 6, n. 2, p. 01-14, 2008. (código: SA15)

MURRAY, M.; BERWICK, D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **Rev. JAMA**, EUA, v. 289, n. 8, p. 1035-40, 2003.

MURTA, D. **A psiquiatrização da transexualidade**: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva] – Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007.

MURTA, D. **Os desafios da despatologização da transexualidade:** reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] - Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011. (código: CT3)

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história recente, passado antigo. In: CAMPOS, G. W. de S. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec- Fiocruz, 2006. p. 295-315.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Derechos humanos, salud y VIH**. Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: < [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Direitos\\_humanos\\_saude\\_e\\_HIV\\_ESPANHOL.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Direitos_humanos_saude_e_HIV_ESPANHOL.pdf) >.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Nascidos livres e iguais – orientação sexual e identidade de gênero no Regime Internacional de Direitos Humanos. Alto Comissariado de Direitos Humanos da ONU. Brasília, 2013. 68 p.

ORGANIZAÇÃO DOS ADVOGADOS DO BRASIL (OAB). **Nota técnica sobre a aplicabilidade da Lei Maria da Penha à violência doméstica contra transexuais e travestis**. Comissão Especial de Diversidade Sexual do Conselho Federal da OAB, Brasília, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Conferência Mundial de Saúde Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Declaração política do Rio de Janeiro sobre determinantes sociais de saúde**. Rio de Janeiro, RJ; 2011.

Disponível em: < [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf) >.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). 52º Conselho diretivo. 65ª Sessão do Comitê Regional. **Abordar as causas das disparidades em quanto ao acesso e a utilização dos serviços de saúde por parte das pessoas lésbicas, homossexuais, bissexuais e trans.** Washington, DC; 2013.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PARKER, R. 'Introdução'. In: **Políticas, instituições e Aids**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro, ABIA/Jorge Zahar Editor, 1997.

PARKER, R.; AGGLETON, P. Estigma, discriminação e aids. In: **Coleção ABIA. Cidadania e Direitos**. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001. Disponível em: < [http://www.abiaids.org.br/\\_img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf](http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf) >.

PASSOS, A. D. C.; FIGUEIREDO, J. F. de C. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 16, n. 2, p. 95-101, 2004. (código: SA16)

PEDRO, J. M. As guerras na transformação das relações de gênero: entrevista com Luc Capdevila. **Revista estudos feministas**; Florianópolis, SC; v.13; n.1; pg. 81-102; jan-abr.; 2005.

PELÚCIO, L. M. **Nos nervos, na carne, na pele**: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS. São Carlos. Tese [Doutorado em Ciências Sociais] – Universidade Federal de São Carlos; 2007. (código: IT22)

PELÚCIO, L. M.; MISKOLCI, R. M. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sex., Salud Soc.** [online], Rio de Janeiro, n. 1, p. 125-157, 2009.

PEREIRA, E. D. dos S. **Participação social e a construção da equidade em saúde**: o Conselho Nacional de Saúde e Direitos da População – LGBT. Brasília. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Política Social] – Universidade de Brasília; 2011. (código: IT13)

PEREIRA, P. A. P. **Concepções e Propostas de Políticas Sociais em Curso**: tendências, perspectivas e conseqüências. NEPPOS, CEAM, UnB, 1994.

PEREIRA, S. R. dos S. **A questão da orientação sexual na atenção básica no município de vargem grande paulista**. São Paulo. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Enfermagem] - Universidade Guarulhos; 2012. (código: CT2)

PERES, W. S. **Subjetividade das travestis brasileiras**: da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2005. (código: IT14)

PERES, W. S.; TOLEDO, L. G. Travestis, transexuais e transgêneros: novas imagens e expressões da subjetividade. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (Org.). **Psicologia e diversidade sexual** (cadernos temáticos), v. 11, p. 78-89, 2011.

PERKINS, D, D.; ZIMMERMAN, M. A. Empowerment meets narrative: listening to stories and creating settings. **Am J Community Psychol.**, v. 23, n. 5, p. 569-579, 1995.

PETROIANU A. Autoria de um trabalho científico. **Rev Assoc Med Brasileira**, São Carlos, v. 48, n. 1, p.60-65, 2002.

PINHEIRO JUNIOR, F. M. L. **Contexto de vulnerabilidade de travestis e sua associação com a não realização do teste anti-Hiv**. Fortaleza. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva] – Universidade Federal do Ceará; 2013. (código: IT15)

PINTO, M. J. C. **O corpo desvela seu drama**: a vivência de transexuais masculinos. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Psicologia] – Universidade de São Paulo; 2003.

PINTO, M. J. C. **A vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas**. São Paulo. Tese [Doutorado em Psicologia] – Universidade de São Paulo; 2008. (código: IT31)

PRADO CORTEZ, F. C.; BOER, D. P.; BALTIERI, D. A. A psychosocial study of male-to-female transgendered and male hustler sex workers in São Paulo, Brazil. **Arch Sex Behavior**. v. 40, n. 6, p. 1223-1231, 2011. (código: PA9)

RAMOS, R. L. da S. **Cirurgia de transgenitalização e adequação registral como mecanismos insuficientes de alcance da dignidade humana do transexual**. João Pessoa. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Ciências Jurídicas] – Universidade Federal da Paraíba; 2014. (código: IT16)

REBELO, L. Genograma familiar: O bisturi do Médico de Família. **Revista portuguesa de Clínica Geral**, 2007.

RED POR LA DESPATOLOGIZACIÓN DE LAS IDENTIDADES TRANS DEL ESTADO ESPAÑOL. **Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans em el marco del sistema nacional de salud**. 2010. Disponível em: < <https://stp2012.files.wordpress.com/2010/10/stp-propuesta-sanidad.pdf>>.

REIS, I. M. L. dos. **Entre a universalidade e a particularidade**: desafios para a construção de direito a saúde de transexuais. Brasília. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Antropologia] – Universidade de Brasília; 2009. (código: IT17)

RIBEIRO, D. C.; TEIXEIRA, F. B. Não é apenas um nome: a luta por reconhecimento no universo de trans. In: Carlos José Cordeiro; Josiane Araújo Gomes. (Org.). **Temas Contemporâneos de Direito das Famílias**. São Paulo: Editora Pillares, 2015, v. 2, p. 499-524.

RIOS, R. R. Transexualismo: Inclusão da cirurgia de mudança de sexo na tabela do SUS. In: **BOLETIM JURÍDICO 69** - Seleção de ementas publicadas por STF, STJ e TRF da 4ª Região em Julho de 2007. p. 19-60, 2007.

ROCHA, R. M. G.; PEREIRA, D. L.; DIAS, T. M. O contexto do uso de drogas entre travestis profissionais do sexo. **Saude sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 554-565, 2013. (código: SA17)

RODRIGUEZ, A. M. M. **Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis**. Florianópolis. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2011. (código: IT18)

ROSENBERG, C. E. **Explaining epidemics and other studies in the history of medicine**. Nova York, Cambridge University Press, 1995.

SAADEH, A. **Transtorno de identidade sexual**: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino. São Paulo. Tese [Doutorado em Psiquiatria] – Universidade de São Paulo; 2004.

SABATINE, T. T. **Travestis, territórios e prevenção de AIDS numa cidade do interior de São Paulo**. São Paulo. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Ciências Sociais] – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2012. (código: IT20)

SAMPAIO, J. V. **Viajando entre sereias: saúde de transexuais e travestis na cidade de fortaleza**. Fortaleza. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Psicologia] – Universidade Federal do Ceará; 2014. (código: IT19)

SAMPAIO, L. L. P.; COELHO, M. T. Á. D. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 42, p.637-649, 2012. (código: SA12)

SANTOS, A. B. dos. **Representações sociais de profissionais de saúde sobre transexualidade**. Brasília. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde] – Universidade de Brasília; 2012. (código: IT32)

SANTOS, A. da S. **Corpo educado?** Percepção do risco de contrair HIV e práticas educativas entre travestis profissionais do sexo. Salvador. Dissertação



[Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva] – Universidade Federal da Bahia; 2007. (código: IT21)

SCHILLER, N. G.; et al. Risky business: the cultural construction of AIDS risk groups. **Soc. Sci. Med.**, v. 38, n. 10, p. 1337-1346, 1994.

SCOTT, J. W. **Gender and the politics of history (Revised edition)**. New York; Columbia University Press; 1999.

SEVALHO, G.; CASTIEL, L. D. Epidemiologia e antropologia médica: a in(ter)disciplinaridade possível. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Org.) **Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras**. Rio de Janeiro, Fiocruz / Relume / Dumará, 1998, p. 47-69.

SILVA, E. A. **Transexualidade: princípios da atenção integral à saúde**. Rio de Janeiro : Santos, 2012. 260 p.

SILVA, H. R. S. **Travesti: a invenção do feminino**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Iser, 1993.

SILVA, S. M. da. **A unidade de redução de danos do município de Santo André: uma avaliação**. São Paulo. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Enfermagem em Saúde Coletiva] – Universidade de São Paulo; 2008. (código: IT23)

SILVA, J. P. V. da; LIMA, J. de C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio** (org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 43-73, 2005.

SILVEIRA, E. M. C. **De tudo fica um pouco: a construção social da identidade do transexual**. Porto Alegre. Tese [Doutorado em Serviço Social] – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006. (código: IT34)

SILVEIRA, M. T. **Avaliação cito-histo-morfo-funcional e descrição da microbiota de bacteriana aeróbica de neovagina de mulheres transexuais**. Goiânia. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] – Universidade Federal de Goiânia; 2008.

SHIMODA, L. Y. **Corpo, sexo e gênero**: alguns contributos das teorias antropológicas clássicas às contemporâneas. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 2013.

SHORE, C.; WRIGHT, S. **Anthropology of Policy**: Critical Perspectives on Governance and Power. New York: Routledge, 1997. 294 p.

SOLOMON, M. M.; et al. iPrEx study team. Changes in renal function associated with oral emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate use for HIV pre-exposure prophylaxis. **AIDS**. v. 28, n. 6, p. 851-859, 2014. (código: PA10)

SONTAG, S. **Doença como metáfora** – AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUSA, M. F. Saúde da Família e os Conceitos Necessários. In: **Programa Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica**. Brasília, Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, v.1, 2007. 250p.

SOUSA, M. F. de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. bras. enferm.** Brasília , v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008 .

SOUZA, M. H. T. de; et al. Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 19, n. 7, p. 2277-2286, 2014. (código: SA18)

SOUZA, M. H. T. de; et al. Violence and social distress among transgender persons in Santa Maria, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 767-776, 2015.

SOUZA, S. M. B. de. **Fatores associados à soropositividade ao HIV em indivíduos atendidos em centros de testagem e aconselhamento de Goiás e Distrito Federal**: estudo multicêntrico. Salvador. Dissertação [Mestrado Profissional em Saúde Coletiva] – Universidade Federal da Bahia; 2007. (código: IT24)

SPIZZIRRI, G.; et. al. O termo gênero e suas contextualizações. Diagnóstico e tratamento. **Associação Paulista de Medicina**; São Paulo, SP; v. 19; n. 1; p. 42-44; 2014.

STARFIELD, B. **Primary Care**. New York, NY: Oxford University Press; 1998.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Accesibilidad y primer contacto: El “filtro”. **Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología**. MASSON S.A. Barcelona. 2004.

STOLLER, R. **Sex and gender: the development of masculinity and femininity**. New York; Science House; 1968.

STOLLER, R. **A Experiência Transexual**. Rio de Janeiro: Imago; 1982.

SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL (STJ). Sentença autoriza mudança de nome e sexo de transexual. **Revista TJDFT**, Brasília, n. 1, p. 14-19, 2008.

TAGLIAMENTO, G. **(In)Visibilidades Caleidoscópicas**: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral. São Paulo. Tese [Doutorado em Psicologia] – Universidade de São Paulo; 2012.

TEIXEIRA, C. C. Honra moderna e política em Max Weber. **Mana** [online], v. 5, n. 1, p. 109-130, 1999.

TEIXEIRA, F. B. **Vidas que desafiam corpos e sonhos**: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade. Campinas. Tese [Doutorado em Ciências Sociais] – Universidade Estadual de Campinas; 2009.

TEIXEIRA, F. B.; et al. Construindo saberes e compartilhando desafios na clínica da travestilidade. IN: Miskolci R, Pelúcio L. (org.). **Discursos fora da ordem**: sexualidade, saberes e direitos. São Paulo : Annablume; 2011.

TEIXEIRA, F. B. **Dispositivos de dor**: saberes poderes que (con)formam as transexualidades. São Paulo: Annablume/Fapesp; 2013.

TEIXEIRA, F. B. (DES)ENGANO: Revisando as Portarias do Processo Transsexualizador no SUS. No prelo 2016.

TEIXEIRA, F. B.; et al. **Por que Ela morreu?** Reflexões sobre a circulação de discursos sobre travestis e aids e seus efeitos de realidade. No prelo 2016.

TEIXEIRA, M. C. "**A pessoa que se é**": sobre as relações entre personalidade e corpo numa sexuação transexualista. Belo Horizonte. Tese [Doutorado em Psicologia] - Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. (código: CT5)

TEMPORÃO, J. G. (Ministro da Saúde, anfiteatro Emilio Ribas – sede do Ministério da Saúde - DF). Fala proferida durante o lançamento da campanha: "Sou Travesti. Tenho Direito de Ser Quem Sou"; 29 janeiro 2010.

TENENBLAT, M. J. T. **A assistência à saúde de pessoas transexuais:** aspectos históricos do processo transsexualizador no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Serviço Social] – Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2014. (código: IT35)

TORRES, M. A. A transformação de professores transexuais na escola: transfobia e solidariedade em figuras sociais contemporâneas. **Cronos**. Natal, v. 11, n. 2, 2010.

UNAIDS. **The Gap Report**. 2014. Disponível em: < [http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf) >.

VIEIRA, T. R. **Pelo reconhecimento da legalidade do direito a adequação do sexo do transexual**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, Programa de Pós-graduação em Direito, 1995. (Tese de Doutorado).

VENTURA, M.; SCHRAMM, F. R. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 65-93, 2009. (código: SA13)

VIEIRA, A. V. de. **Transexualismo**: análise de um caso de superação do preconceito. [S.l.]. Dissertação [Mestrado Profissional em Reabilitação e inclusão] - Centro Universitário Metodista Ipa; 2012. (código: CT6)

VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Ver. Diálogo Educ.**, v. 14, n. 41, p. 165-189, 2014.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. Organização e introdução de H. H. Gerth e C. W. Mills. 3. Ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1974.

WEINTRAUB, A. C. A. M.; VASCONCELLOS, M. P. C. Contribuições do pensamento de Didier Fassin para uma análise crítica das políticas de saúde dirigidas a populações vulneráveis. **História, ciência, saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1041-1055, 2013.

WERNECK, M. A. F.; et al. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Nescon/UFGM: Coopmed, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Expanding Capacity for Operations Research in Reproductive Health: Summary Report of a Consultative Meeting** WHO, Geneva, Switzerland; December 10–12, 2001. World Health Organization; 2003.

ZACHARIAH R.; et al. Operational research in low-income countries: what, why, and how? **Lancet Infect Dis**. London, UK; Elsevier; v. 9; p. 711-717; 2009.

ZAMBRANO, E. **Trocando os documentos**: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Antropologia Social] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003. (código: IT36)